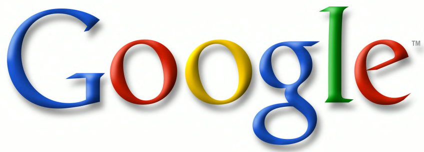


Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft

von

W. Albrecht (Tübingen), **L. Bayer** (Brüssel), **G. Bradt** (Berlin), **Calamida** (Mailand), **R. Dreyfuss** (Frankfurt a. M.), **O. T. Freer** (Chicago), **W. Freudenthal** (New York), **v. Gilse** (Haarlem), **F. Hanszel** (Wien), **H. Hecht** (München), **R. Hoffmann** (Dresden), **G. Jonquière** (Bern), **R. Kotz** (München), **Ino Kubo** (Fukuoka), **Lautmann** (Paris), **Nadoleczny** (München), **Polyak** (Budapest), **Schlittler** (Basel), **O. Seifert** (Würzburg), **W. Sobernheim** (Berlin), **A. von Sokolowski** (Warschau), **E. Stangenberg** (Stockholm), **R. Steiner** (Prag), **Tapia** (Madrid)

herausgegeben

von

GEORG FINDER

Berlin.

Fünfunddreissigster Jahrgang.

Januar—Dezember 1919.

Berlin 1919.

Verlag von August Hirschwald.

NW., Unter den Linden 68.

Inhalt.

I. Leitartikel.

II. Referate.

III. Kritiken und Besprechungen.

IV. Kongress- und Gesellschaftsberichte.

V. Briefkasten.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXV. Berlin, Januar. 1919. No. 1.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **L. Réthi** (Wien). **Die ärztliche Ausbildung in der Laryngologie und Rhinologie.** *Wiener med. Wochenschr. 19. Oktober 1918.*

Verf. befürwortet, dass der Kandidat, bevor er zur obligaten Prüfung in Laryngo-Rhinologie zugelassen wird, einige Wochen hospitieren soll, d. h. er soll mitarbeiten, Anamnesen erheben, laryngo-rhinologische Untersuchungen ausführen und die Befunde erheben; er soll nach und nach zur Lokaltherapie herangezogen werden und die Veränderungen im Krankheitsverlauf verfolgen. HANSZEL.

2) **McBride. Vergangenheit und Gegenwart der Oto-Laryngologie. (The past and present of oto-laryngology.)** *The journal of laryng., rhinol. and otology. August 1916.*

Verf. — einer der bekanntesten älteren englischen Laryngologen — hatte sich im Jahre 1910 nach 30 jähriger Tätigkeit von der Praxis zurückgezogen, durch den Krieg wurde er veranlasst, wieder eine klinische Tätigkeit auszuüben, und bespricht nun in Form einer zwanglosen Plauderei die Wandlungen, die die Otolaryngologie durchgemacht hat, und präzisiert seine Stellung zu gewissen Fragen; die sich ihm aufgedrängt haben. Er wirft die Frage auf, ob wirklich in allen Fällen, in denen heute die Tonsillektomie für indiziert gehalten wird, diese durchaus nötig sei und ob man nicht auch mit der lege artis ausgeführten Tonsillotomie auskommt. Was die adenoiden Vegetationen anbetrifft, so erblickt er in ihnen eine Ursache für Schwerhörigkeit nicht deshalb, weil sie die Tube verlegen, sondern weil sie die Blut- oder Lymphzirkulation beeinflussen. Dies kann auch durch ein kleines Polster hypertrophischen adenoiden Gewebes am Rachendach geschehen. An den so oft hervorgehobenen Zusammenhang zwischen Stenose der Nase und Schwerhörigkeit glaubt Verf. nicht; er fordert die Anhänger dieser Lehre auf, eine Serie von Fällen mitzuteilen, in denen durch einwandfreie Untersuchung festgestellt ist, dass eine Schwerhörigkeit durch eine intranasale Operation ohne anderweitige Behandlung geheilt wurde. Aus seinen weiteren Bemerkungen sei hervorgehoben,

dass er die submuköse Septumresektion für junge Leute und Knaben nur bei striktester Indikation ausgeführt wissen will und wenn sie gemacht wird, so soll so viel Knochen und Knorpel wie möglich erhalten bleiben, da Verf. glaubt, dass bei Schlägen auf die Nase, wie sie gerade bei jungen Leuten beim Sport usw. häufig vorkommen, nach submuköser Resektion die Möglichkeit eines Einsinkens bestände. (? Ref.)

FINDER.

3) **John Noland Mackenzie. Einige Erinnerungen, Betrachtungen und Geständnisse eines Laryngologen. (Some reminiscences, reflections and confessions of a larygologist.)** *The journal of laryng., rhinol. and otology. Oktober 1916.*

Es ist belehrend und unterhaltend zugleich diesen Erinnerungen eines Mannes zu lauschen, der zu den Veteranen unseres Faches gehört. M. kam im Jahre 1879 an das Hospital for Diseases of the Throat and Chest in Golden-Square, als dessen Leiter damals Sir Morell Mackenzie auf der Höhe seines Ruhmes stand. In der anregendsten Weise schildert Verf. uns den damaligen Betrieb in einem der Zentren der Laryngologie; beschreibt die Behandlung der Kehlkopftuberkulose, des Karzinoms, letztere darin bestehend, dass nach vorgenommener Tracheotomie stückweise die Geschwulst par vias naturales entfernt wurde. „Der Patient wanderte vom Abteilungsvorsteher zum Assistenten, vom Assistenten zum Studenten und jeder entfernte ihm Fragmente aus dem Larynx . . . natürlich ging es dem Patienten immer schlechter und er wurde viel früher zu seiner ewigen Heimat gesandt, als wenn man ihn in Frieden gelassen hätte!". Wie neuen Datums unsere Kenntnisse und unsere praktische Regsamkeit auf dem Gebiet der Nasen- und Nebenhöhlenerkrankungen sind, wird uns wieder vor Augen geführt, wenn wir uns vom Verf. erzählen lassen, wie klein dieses Gebiet noch zu der Zeit war, auf die sich seine Erinnerungen beziehen. Verf. schildert ferner die Eindrücke, die er in München als Schüler vom Ziemssen und Oertel erhielt, sowie seine Erinnerungen aus Wien, wo er im pathologischen Institut unter Hans Chari die Pathologie der oberen Luftwege studierte. Sehr interessant sind die Exkursionen auf das historische Gebiet, so ein Rückblick auf die Entwicklung der Septumoperation. Die Lektüre des Artikels kann allen Fachgenossen auf das wärmste empfohlen werden.

FINDER.

4) **Gerber. Luetische Familieninfektionen, im Halse manifestiert.** Verein für wissenschaftl. Heilkd. Königsberg i. Pr., Sitzung v. 27. Mai 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 33. S. 927. 1918.*

Die älteste luetische Tochter infiziert durch ihr uneheliches Kind mit Papeln an den Lippen ihre Eltern und drei Schwestern. Sämtliche fünf Familienmitglieder haben Tonsillen- und Lippensklerosen. In einer anderen Beobachtung infizierte der Bräutigam seine Braut und diese per os ihren Bruder. Es wird auf die Bedeutung der Lues der Mundrachenhöhle hingewiesen, auf die möglichen Schwierigkeiten der Diagnose und auf die Notwendigkeit der Beteiligung aller Aerzte, nicht zuletzt der Halsärzte, an der organisierten Bekämpfung der Volksseuchen. Auch in der Diagnose wird auf die Bedeutung der luetischen Infektion auf aussergeschlechtlichem Wege hingewiesen und ein von Stern beschriebener Fall erwähnt,

wo sich eine Wärterin an einem luetischen Säugling dadurch infizierte, dass sie den vom Kinde benutzten Löffel in ihren Mund brachte, um die Temperatur der Milch zu probieren. R. HOFFMANN.

5) **O. Kahler** (Freiburg i. Br.). **Die Behandlung der Blutungen aus den oberen Luftwegen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 29. S. 785. 1918.*

Vortrag für den praktischen Arzt bestimmt, enthält aber auch für den Leser dieses Zentralblattes mancherlei Bemerkenswertes, wovon nur Einiges im Folgenden hervorgehoben werden soll. Als geeignetstes Material zur Tamponade bei Nasenblutungen empfiehlt K. tanninhaltige Jodoformgaze. Die Tamponade kann mit Jodoformgaze ausgeführt werden, mehrere Tage liegen bleiben, da die von vielen gefürchtete Otitis media nicht häufig auftritt, nur wenn eine chronische Mittelohreiterung besteht oder bestanden hat, wird man das Zulange-Liegenlassen des Tampons vermeiden. Letztere Bedenken kann Ref. nicht teilen, bei sorgfältiger klinischer Beobachtung des Ohres kann man den Tampon immer, wenn nötig, ruhig mehrere Tage in der Nase belassen, selbst auch wenn es sich um einen Tampon im Nasenrachenraum handelt. Klauden und Koagulen haben sich K. zur Bestäubung der Gaze vor der Tamponade bei venösen Blutungen gut bewährt, was in bezug auf Koagulen Ref. bestätigen kann. Auch mit Koagulen intravenös (20 ccm der 5proz. Lösung) war K. zur Prophylaxe gegen Blutungen vor Operationen (sehr blutreiche Nasenrachenfibrome) zufrieden. Zur Stillung von Nasenblutungen, die trotz kunstgerechter Tamponade noch anhalten, empfiehlt K. unter anderen Mitteln auch Diphtherie-Rinderserum 10—20 ccm subkutan. R. HOFFMANN.

6) **Grete Thiel. Ueber Wirkung und Nebenwirkungen der Kokain-Ersatzpräparate.** *Inaug.-Diss. Würzburg 1918.*

Verf. gibt eine Uebersicht über die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen mit Tropakokain, Eukain B, Novokain, Aneson, Akoin, Stovain, Andolin, Alypin, Novokain, Atoxikokain. Die Frage, ob es schon ein Kokain-Ersatzpräparat gibt, das allen Anforderungen entspricht, die man an ein Lokalanaesthetikum stellen kann, wird mit „nein“ beantwortet. FINDER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

7) **Delbanco. Kankroid der Nase.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung vom 5. März 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 26. S. 728. 1918.*

Der ulzerierende faustgrosse Tumor hat sich bei der 73jährigen Frau seit 6 Jahren entwickelt. Keine Drüseninfektion. Es werden die histologischen Grundlagen der relativ gutartigen Hautkankroide erörtert und in diesem Zusammenhang auf den Wert der Untersuchungen Goldmann's über die Beziehungen des Gefässsystems zu den malignen Geschwülsten verwiesen. R. HOFFMANN.

8) **Ludwig Bogendörfer. Ueber die Beziehungen der Tränenwege zu der Nase.** *Inaug.-Diss. Würzburg 1918.*

Die Arbeit stützt sich — immer unter Berücksichtigung der einschlägigen Literatur — auf Fälle, die in der Würzburger Universitätspoliklinik für Nasen-

und Kehlkopfkranke (Seifert) beobachtet worden sind. Es werden wiedergegeben die Krankengeschichten von 4 Fällen, bei denen Epiphora bedingt war durch Schwellung der unteren Muschel, 3 von Epiphora bei Rhinitis atrophicans, 1 Fall von Störung im Gebiet der tränenableitenden Organe im Verlauf der Heilung eines Gesichtsdurchschusses, 1 Fall von Fremdkörper im Tränennasengang (Dauersonde 5 Jahre in situ). Verf. bespricht sodann die Naseninfektionen entzündlicher Natur, die entweder direkt auf die Tränenwege übergreifen oder sich metastatisch auf die Tränenwege ausbreiten (Tuberkulose, Syphilis, Nebenhöhlenerkrankungen). Auch den adenoiden Vegetationen schreibt Verf. eine Einwirkung auf die Tränenwege zu (Mitteilung zweier Fälle von Tränensackeiterung, geheilt durch Entfernung der A. V.). Auch ein Fall von reflektorisch durch Reiz von der Nase aus ausgelöstem Tränenträufeln wird mitgeteilt mit Heilung durch Aetzung des Tuberculum septi.

Den zweiten Teil der Arbeit bildet eine Uebersicht über die bisherige Entwicklung und den heutigen Stand der endonasalen Tränensackoperation.

FINDER.

9) **West** (Berlin). **Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. Halle No. 11 Berliner klinische Wochenschrift.** *Diese Wochenschr. No. 19. S. 403. 1918.*

Polemik gegen Halle (siehe hierzu das Referat dieses Centralblatts). Nach W. ist Halle's erster Ventillappen unmöglich; seine neue Lappenbildung unvorteilhaft. Die Schleimhautlappenbildung ist nach W. bei Tränensackoperationen vollständig Nebensache. W. macht überhaupt häufig keinen Schleimhautlappen.

R. HOFFMANN.

10) **Lange. Pyomukozele der Stirnhöhle.** Med. Gesellschaft zu Göttingen, Sitzung vom 4. Juli 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 39. S. 1095. 1918.*

Fall von grosser Ausdehnung, mit starker Verdrängung des Augapfels nach aussen und unten.

R. HOFFMANN.

11) **Emil Glas. Granatsplitter im Siebbein.** K. k. Gesellsch. der Aerzte zu Wien, Sitzung vom 23. November 1917. *Berliner klin. Wochenschr. No. 16. S. 391. 1918.*

20jähriger Soldat, der am 20. August 1917 verwundet wurde, wie er glaubte, durch Steinschlag. Er war bewusstlos und man nahm wegen Chemosis der Konjunktiva und Schwellung der Lider ein retrobulbäres Hämatom an. Bei späterer Untersuchung (17. 9. 1917) fand man links unterhalb des Unterkiefers eine sezernierende Wunde. Die rechte Gesichtshälfte zeigte Protrusion des Bulbus um 1 cm, Chemosis. Schwellung der Lider. Rhinoskopisch: Schwellung der mittleren Muschel und Eiter im mittleren Nasengang. Postrhinoskopisch: Schwellung des hinteren Endes der mittleren Muschel. Das Röntgenbild ergab einen im Siebbein steckenden Fremdkörper, der auch in die Orbita hineinragte. Bei der Operation nach Killian fand man das Siebbein gänzlich nekrotisch, mit jauchigem Eiter gefüllt, der Fremdkörper konnte nur schwer entfernt werden. Es war ein 47 g schwerer Granatsplitter. Patient ist jetzt geheilt. Die Sehkraft des rechten Auges ist sehr gering, die Papille an demselben abgeblasst.

R. HOFFMANN.

12) **Ross Hall Skillern. Die Keilbeinhöhle; die heutige Bewertung des chirurgischen Verfahrens. (Sphenoid sinus; present day value of surgical procedure.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. Februar 1917.*

Verf. teilt die intranasale Keilbeinhöhlenoperation in eine konservative und radikale Methode. Bei der ersteren bleibt die mittlere Muschel und die ganze oder der grösste Teil der oberen Muschel erhalten und das natürliche Ostium wird mehr oder weniger erweitert; bei der letzteren werden jene Gebilde geopfert und von der vorderen Keilbeinhöhlenwand so viel wie möglich entfernt. Als Indikationen für die radikale Operation bezeichnet er: 1. Die klassische Form von chronischer Keilbeinhöhleneiterung mit typischen Schmerzen, profuser Absonderung, gelegentlichen Symptomen von Retention, wo Grund zu der Annahme ist, dass dauernde pathologische Veränderungen in der Schleimhaut vorhanden sind. 2. Bei drohenden oder bestehenden Orbital- oder Zerebralkomplikationen. 3. Wenn die konservative Methode ohne Erfolg versucht worden ist. 4. Bei Mukozele oder Pyozele der Höhle. Die zu wählende Methode hängt auch wesentlich ab von der Anordnung der vor der vorderen Keilbeinhöhlenwand liegenden Gebilde: Besteht der freie d. h. nicht vom Siebbein verdeckte Teil der vorderen Keilbeinhöhlenwand nur in einem schmalen Spalt, so ist es praktisch unmöglich, die konservative Operation zu machen, andrerseits kann, wenn die mittlere Muschel stark nach lateralwärts eingerollt ist, eine extensivee Radikaloperation der Keilbeinhöhle gemacht werden ohne die mittlere oder obere Muschel, geschweige die Siebbeinzellen zu verletzen.

Verf. lässt die verschiedenen Operationsmethoden Revue passieren, bespricht die während der Operation möglichen Zwischenfälle, Nachbehandlung und Resultate.

FINDER.

13) **W. S. Syme. Choanalpolypen. (Choanal polypus.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. Dezember 1916.*

Nicht jeder in der Kieferhöhle entspringende und in den mittleren Nasengang hineingewachsene Polyp erscheint in der Choane oder — mit anderen Worten — nicht jeder Antronasalpolyp wird ein Antrochoanalpolyp. Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen mehrere Polypen ihren Ursprung in der Kieferhöhle hatten, von denen einer ein Choanalpolyp war, die anderen im vorderen Teil der Nasenhöhle sichtbar waren. In den allermeisten Fällen, in denen ein Antrochoanalpolyp vorhanden ist, besteht eine Erkrankung der Kieferhöhle; Verf. betrachtet es daher als die Regel, dass die Behandlung des Antrochoanalpolypen in Eröffnung der Höhle von der Fossa aus bestehen soll.

FINDER.

14) **A. Brown Kelly. Neubildung des Nasenrachenraums, wahrscheinlich bösartiger Natur, beseitigt durch Radium. (Naso-pharyngeal neoplasm, probably malignant, dispelled by radium.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. August 1916.*

Fall eines 57jährigen Mannes; Radium wurde in drei Sitzungen angewandt, in Abständen von 2—3 Monaten. Jede Sitzung dauerte 24 Stunden. Das Radium wurde mittels zweier Fäden, die durch die Nasenlöcher ein- und zum Munde herausgeführt wurden, zwischen weichem Gaumen und Tumor festgehalten. Die Geschwulst ist verschwunden.

FINDER.

15) **L. Rethi. Tumor des Nasenrachenraums.** K. k. Gesellsch. der Aerzte zu Wien, Sitzung vom 16. September 1917. *Berliner klin. Wochenschr. No. 15. S. 364. 1918.*

Lymphosarkom des Nasenrachenraums mit Drüsenmetastasen. Die Behandlung war teils operativ teils wurde mit Radium bestrahlt. R. hat auch noch in zwei anderen ähnlichen Fällen, die 11—12 Jahre zurück liegen, mit dieser Behandlungsweise Erfolg gehabt.

R. HOFFMANN.

c) Mundrachenhöhle.

16) **Albert Wolff** (Berlin). **Ueber eine neue Erscheinung beim Schlucken.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 18. S. 422. 1918.*

Bislang ist die Halswirbelsäule als Stützgerüst für die peristaltischen Bewegungen der Schlundmuskulatur angesehen werden und zwar ohne aktive Beteiligung. W. teilt eine Beobachtung mit, bei der er den Dornfortsatz des zweiten Halswirbels, des Epistropheus, beim Schluckakte sich wippend auf und nieder bewegen sah, so als ob die an der Vorderfläche seines Körpers vorbeigleitende Schluckbewegung den Wirbel um seine transversale Achse bewegte. In dem betreffenden Fall lag infolge einer schweren Nackenschusswunde der Dornfortsatz des 2. und 3. Halswirbels skelettiert frei.

R. HOFFMANN.

17) **Adolf Stein. Elephantiasis gingivae.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde Königsberg i. Pr., Sitzung v. 6. Mai 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. S. 896. 1918.*

Die Krankheit ist sehr selten. Der Patient bemerkte seit seinem 6. Lebensjahr eine langsam zunehmende, den Adveolarfortsatz des Ober- und Unterkiefers wallartig umgebende symmetrische Zahnfleischschwellung ohne Neubildungscharakter. Die Zähne sind teilweise ganz teils unvollständig umhüllt und disloziert. Die Oberfläche der Schwellung ist warzig-papillomatös, sie fühlt sich hart an und blutet leicht. Mikroskopisch stark ödematöses und entzündliches Bindegewebe, Muskulatur mit zelliger Infiltration, Vermehrung der Gefäss- und Lymphbahnen. Die zellige Infiltration besteht aus Lymphozyten und Plasmazellen. Im Röntgenbilde keine Druckusur des Knochens. Glatte Heilung erfolgte durch stückweise Exzision mit nachfolgender Verödung des Grundes, die Zähne blieben erhalten.

R. HOFFMANN.

18) **Sasse** (Kottbus). **Schmerzloser intermittierender Tumor salivalis der Ohrspeicheldrüse ohne nachweisbares Hindernis.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 25. S. 691. 1918.*

Die Beobachtung lehnt sich an die Küttner's (s. d. Referat i. d. Centralbl.) an, unterscheidet sich aber von denselben dadurch, dass bei derselben eine leichte, wenn auch nicht entzündliche Vorwölbung des Ductus parotideus bestand, dass es sich um eine rezidivierende Erkrankung derselben Ohrspeicheldrüse handelte, die zudem während der wärmeren Jahreszeit aufgetreten war, endlich dadurch, dass Träger des Leidens ein Mann war, noch dazu einer in niedriger sozialer Stellung.

R. HOFFMANN.

19) **R. Deussing. Konstitutionell beeinflusste Anginen. (Anginen mit lymphatischer Reaktion.)** *Jahrb. f. Kinderheilk. H. 6. 1918.*

Verf. berichtet über 9 innerhalb eines halben Jahres an der Infektionsabteilung des Allgemeinen Krankenhauses Barmbeck-Hamburg beobachtete Fälle, denen allen gemeinsam die Tatsache ist, dass es sich trotz weitgehender Aehnlichkeit der Erkrankungen mit Diphtherie in keinem Fall um Diphtherie handelte. Die Untersuchung des Blutes zeigte, dass es sich um „Anginen mit lymphatischer Reaktion" handelte. Die Blutbilder stimmen in allen Fällen im Prinzip darin überein, dass jedesmal eine Lymphozytose bestand, die in quantitativer Beziehung für eine akute infektiöse Erkrankung sehr ungewöhnlich, in dem Charakter der Zellen, die die Lymphozytose bildeten, durchaus pathologisch war; denn es traten Zellen auf, die in dieser Form und Reichhaltigkeit nur bei leukämischen Erkrankungen beobachtet werden. Im allgemeinen betrugen die prozentualen Werte der Lymphozyten Zahlen von 50—60 pCt. auf der Höhe der Erkrankung; von grösster Bedeutung war aber das Auftreten von lymphatischen Zellen, die dem normalen Blut fremd sind. Durch intravenöse Kollargolinjektionen wurde entscheidende oder vorübergehende Beeinflussung des Blutbildes bewirkt und zwar zugunsten der Granulozyten. Der therapeutische Effekt der Kollargolinjektion war nicht ganz so sinnfällig wie die Wirkung auf das Blutbild.

Was die bakterielle Aetiologie anbetrifft, so war sie nicht einheitlich; es handelte sich um Kokkenanginen und Infektionen mit Erregern der Angina Plaut-Vincent.

Die Form der Angina wurde nicht nur durch die bakterielle Aetiologie bedingt, sondern auch durch die abweichende Reaktion des Organismus, durch die pathologische Lymphozytose.

Die lymphatische Reaktion wird als primäre Wirkung der Infektion aufgefasst, nicht als vikariierend infolge Knochenmarkinsuffizienz.

Als Grundlage der lymphatischen Reaktion wird eine konstitutionell bedingte Disposition, wie sie in der lymphatischen Konstitution gegeben ist, angesehen, indem diese einmal die besondere Form der Infektion begünstigt, dann aber auch die Voraussetzungen für abnorme Reaktionsfähigkeit der lymphatischen Gewebe im Sinne der pathologischen Lymphozytose enthält.

Die primäre Reaktion der lymphatischen Gewebe wird durch direktes Betroffensein dieser Gewebe durch die Infektion begünstigt. Die direkte Infektion dieser Gewebe bedeutet wohl auch das wesentliche Moment für die Besonderheit der Infektion.

Eine septische Infektion ist mit dieser Lokalisation der Infektion auf den lymphatischen Geweben nicht unbedingt verbunden. Die toxische Schwellung der lymphatischen Gewebe führt gleichzeitig zur funktionellen Reizung dieser Gewebe, wobei hyperplastische Bildungen auftreten können, die mit denen der lymphatischen Leukämie übereinstimmen müssen.

Der Ausgang der Krankheit erwies sich in allen Fällen als gutartig. Einzige Komplikation in einem Fall Lymphadenitis und Glomerulonephritis.

Die lymphatischen Blutbilder bei Anginen haben differentialdiagnostische Bedeutung gegenüber der Diphtherie.

FINDER.

20) **Sachs. Intravenöse Urotropininjektion bei Angina.** Wiener militärischer Demonstrationsabend vom 2. April 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 34. S. 952. 1918.*

Nach intravenöser Urotropininjektion sah S. nach wenigen Stunden den Belag förmlich zerfliessen und die Schlingbeschwerden unter deutlicher Tendenz der Reinigung der Geschwüre aufhören.

R. HOFFMANN.

21) **L. Michaelis. Die Behandlung der Plaut-Vincent'schen Angina mit Eukupin.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 35. S. 966. 1918.*

M. sah in 4 Fällen rasche Heilung durch Eukupin. Er empfiehlt, das Geschwür 2—3mal täglich mit einem mit 2proz. Lösung von Eukupin bezw. Vuzinotoxin durchtränkten Tupfer (Diphtherieabstrichtupfer) tüchtig abzureiben. Auch bei der Alveolarpyorrhoe scheint sich nach M. das Mittel zu bewähren.

R. HOFFMANN.

22) **L. Réthi** (Wien). **Zur Radiumbehandlung der bösartigen Neubildungen des Rachens und des Nasenrachenraums.** *Wiener med. Wochenschr. 19. Jan. 1918.*

Mitteilung über einen Fall von Sarkom des Rachens, das auf den Choanalrand und zum Teil auf die Nase übergegriffen hatte und mit günstigem Erfolg kombiniert behandelt wurde, d. h. Entfernung der Hauptmassen des Tumors auf chirurgischem Wege mit nachfolgender Radiumbehandlung. Ferner teilt Verf. kurz mit, dass in zwei anderen — 1 resp. $1^1/_2$ Jahr zurückliegenden — Fällen von Rachensarkomen ohne Drüsenmetastasen er mit Erfolg Radium allein angewandt hatte.

Verf. betont die Wichtigkeit grosser Radiumdosen, da kleine Dosen stimulierend, wachstumsfördernd wirken. Sein Prinzip ist, dass operable Fälle zunächst operativ angegangen werden sollen; nur inoperable Neubildungen sind von vornherein zu bestrahlen.

HANSZEL.

d) Diphtherie und Croup.

23) **Götz Klages. Ueber die Häufigkeit und Dauer des Vorkommens von Diphtheriebazillen bei Rekonvaleszenten.** *Inaug.-Dissert. Berlin 1918.*

Verf. berichtet über Untersuchungen, die in der Infektionsabteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses (Prof. Dr. Friedemann) angestellt worden sind. Es wurde im Jahre 1916 bei allen Diphtherie-Rekonvaleszenten vor der Entlassung und nach Abklingen des örtlichen Entzündungsprozesses eine eingehende und sorgfältige Untersuchung der Schleimhäute des ganzen Rasen-Rachenraumes auf das Vorhandensein von Diphtheriebazillen vorgenommen.

Es wurden während des Jahres 1916 im ganzen 516 reine Diphtheriefälle behandelt ausser den Todesfällen und den Mischinfektionen; letztere wurden unberücksichtigt gelassen. Nur 38,7 pCt. hatten am 30ten Tage die Bazillen verloren; über 90 Tage hatten Bazillen 1,7 pCt. Besonderes Gewicht wird darauf gelegt, dass auch die Nase auf Bazillen untersucht wurde. Es fanden sich auf diese Weise 34 Fälle von Rachendiphtherie, wo die Bazillen im Rachen verschwunden waren,

sich aber in der Nase noch hielten, obgleich in der Nase keine krankhaften Erscheinungen festgestellt waren. Diese 34 Patienten wären also als bazillenfrei entlassen worden, wenn die Untersuchung sich nur auf den Rachen beschränkt hätte.

Was die Therapie der Bazillenträger betrifft, so haben alle bisher empfohlenen Mittel und Methoden das gleiche unbefriedigende Resultat gehabt. Verf. greift den Vorschlag Heubner's wieder auf, den Infektionsabteilungen der Krankenhäuser sogenannte Genesungsstationen anzugliedern, in denen die bazillentragenden Rekonvaleszenten untergebracht werden, bis sie nach eingehender bakteriologischer Untersuchung frei von Bazillen sind.

FINDER.

24) **Port** (Augsburg). **Ueber diphtherieähnliche Bazillen im Auswurf.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 11. S. 262. 1918.*

P. fügt den in der Literatur bekannten Fällen 5 neue eigene Beobachtungen hinzu. In allen Fällen lagen mehr oder weniger stark ausgeprägte Lungenveränderungen vor, die allerdings zum Teil durch akute Prozesse überlagert waren. In zweien der Fälle wurden gleichzeitig Diphtheriebazillen im Nasenrachenraum nachgewiesen. Nach dem klinischen Verlauf der Fälle waren die Diphtheriebazillen in keinem derselben als Krankheitserreger anzusehen, vielmehr war der Befund von solchen ein Nebenbefund, die Diphtheriebazillen waren lediglich als Saprophyten zu betrachten.

Für die Frage der Bazillenträger sind die Befunde insofern von Bedeutung, als sie zeigen, dass die Schleimhaut des Nasenrachenraums, der Nase (Ref.) und des Konjunktivalsackes nicht die einzigen Herde sind, an denen wir prüfen müssen, um Bazillenträger aufzudecken, vielmehr wird man in Zukunft auch dem Sputumbefund in der Prophylaxe der Diphtherie Aufmerksamkeit schenken müssen.

R. HOFFMANN.

25) **K. E. F. Schmitz. Nochmals die Alkoholfestigkeit der Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 13. S. 304. 1918.*

Polemik gegen Langer. S. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Die Methode der verlängerten Alkoholentfärbung hat für die praktische Diphtheriediagnose keinen grossen Wert, da sie gerade bei den zweifelhaften Bazillen vollkommen im Stich lässt. 2. Bei der wissenschaftlichen Prüfung von Reinkulturen scheint S. die Methode erheblich an Wert zurückzustehen gegenüber den fünf von ihm angegebenen Punkten (Morphologie und Lage, Neisserfärbung, Wachstum in Anaërobiose, Säuerung des Thiel'schen Nährbodens und Virulenz), da sie bei verschiedenem Alter der Kultur auch verschiedene Resultate gibt.

R. HOFFMANN.

26) **H. Langer. Schlussbemerkungen zur Arbeit von Schmitz: Nochmals über die Alkoholfestigkeit der Diphtherie- und Pseudodiphtheriebazillen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 20. S. 487. 1918.*

Langer verteidigt in kurzen Ausführungen seinen Standpunkt gegenüber den Einwänden von Schmitz.

R. HOFFMANN.

27) **Kramer. Myasthenische Reaktion bei postdiphtherischer Lähmung.** Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Sitzung vom 10. Dez. 1917. *Berliner klin. Wochenschr. No. 15. S. 361. 1918.*

K. stellte diese zunächst bei einem Soldaten fest, bei dem nach Diphtherie sich eine geringfügige Gaumensegelparese beiderseits fand, ferner das Lasègne'sche Symptom und eine geringe diffuse Parese in den Beinen. Die Reaktion war fast in der ganzen Körpermuskulatur nachweisbar und konnte auch noch bei zwei anderen Patienten konstatiert werden, während zwei Kinder mit postdiphtherischer Lähmung nichts davon boten. Die myasthenische Reaktion ist wahrscheinlich ein Symptom der postdiphtherischen Polyneuritis, das nicht selten dabei vorzukommen scheint.

R. HOFFMANN.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

28) **Friedrich** (Kiel). **Die Bedeutung der Kehlkopftuberkulose bei der Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit und die Notwendigkeit ihrer Behandlung in Tuberkulosekrankenhäusern.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 39. S. 1084. 1918.*

Aus den sehr bemerkenswerten Ausführungen des Verf. sei folgendes hervorgehoben:

Die Kehlkopftuberkulose findet sich fast ausschliesslich in Verbindung mit Lungentuberkulose. Sie ist ihre häufigste Komplikation. Beide stehen in Wechselwirkung zueinander und beeinflussen den Krankheitsverlauf und die Prognose. Der Auswurf der Kehlkopftuberkulösen ist in einem erheblich höheren Prozentsatz bazillenhaltig als der der blossen Lungentuberkulösen.

Die Kehlkopftuberkulose ist in leichten und mittelschweren Fällen heilbar durch lokale Behandlung. Die schweren Fälle sind durch lokale Behandlung besserungsfähig.

Die Heilbarkeit ist abhängig von der Schwere der Lungenerkrankung, durch die das Auftreten neuer Kontaktinfektionen im Kehlkopf hervorgerufen wird.

Jede Kehlkopftuberkulose muss auch lokal behandelt werden, da eine unbehandelte Kehlkopftuberkulose durch allgemeine Massnahmen nicht heilbar ist, zudem unabwendbar zum Tode führt.

Deswegen fordert F.:

1. Dass die heilbaren und besserungsfähigen Erkrankungen von Kehlkopftuberkulösen einer geeigneten Anstaltsbehandlung zugeführt werden.

2. Dass die Kehlkopftuberkulösen, welche ausserhalb der gesetzlichen Krankenfürsorge stehen, als schwere Infektionsträger aus ihrer Umgebung entfernt und in Anstalten, Heimstätten oder ländlichen Kolonien einer regelmässigen Behandlung und Pflege zugeführt werden, indem dadurch der Ausbreitung der Tuberkulose vorgebeugt wird.

R. HOFFMANN.

29) **Gerber. Kehlkopf und Luftröhre einer ostpreussischen Sklerompatientin nebst Bemerkungen über die Krankheit.** Verein für wissenschaftl. Heilkunde Königsberg i. Pr., Sitzung v. 27. Mai 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 33. S. 927. 1918.*

Das Sklerom ist bakteriologisch eine Kapselbazillose, pathologisch ein in-

fektiöses Granulom, klinisch eine deszendierende Stenose der Luftwege. Die Diagnose ist nur durch die rhino-laryngologischen Untersuchungsmethoden zu stellen und nur von solchen, die mit dem Wesen der Krankheit vertraut sind. Häufig sind Fehldiagnosen bei dieser Krankheit, sie wird meist als Tuberkulose, seltener als Lues angesehen. Das war auch in einer Beobachtung G.'s der Fall, in dem „Spitzenkatarrh, ausgedehnte Tuberkulose, Tumor der Lunge" diagnostiziert war, während es sich um ein Sklerom handelte, das sich bis in die feinsten Bronchien erstreckte. Die Patientin stammte aus dem ostpreussischen Hauptskleromherd.

R. HOFFMANN.

30) **Lange. Arthritis der Aryknorpel.** Med. Gesellsch. zu Göttingen, Sitzung v. 10. Januar 1918. *Berliner klin. Wochenschr. No. 16. S. 390. 1918.*

Soldat, der mit der Diagnose: Postikuslähmung in die Klinik von L. eingeliefert wurde. Bei dem Patienten war wegen Erstickungserscheinungen nach Typhus die Tracheotomie gemacht worden. Einige Tage nach der Einlieferung stellte sich spontan laute Stimme ein und Patient konnte auch nach Entfernung der Kanüle gut atmen. Nach wenigen Stunden wieder Atemnot.

Laryngoskopisch: Keine Perichondritis, keine Postikuslähmung, vielmehr Arthritis der Aryknorpel, wodurch diese festgestellt und das Bild der Postikuslähmung vorgetäuscht wurde. Es besteht ausserdem funktioneller Spasmus auf hysterischer Grundlage. Patient trägt jetzt Sprechkanüle.

R. HOFFMANN.

31) **Therese Müller. Seltene Krisen (Nasen-, Augen-, Speichel- und motorische Extremitätenkrisen) bei Tabes.** *Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien. 21. März 1918.*

Ein Tabiker klagt neben seinen sonstigen Beschwerden — Magen- und Rachenkrisen — seit einiger Zeit darüber, dass, sobald er zu kauen anfängt, ein intensiver Kitzelreiz in der Nase sich einstellt, der nur allmählich nachlässt und der Absonderung einer reichlichen, klebrig-schleimigen Flüssigkeit Platz macht, die sich in grossen Mengen aus der Nase ergiesst. Die Sekretion greift auf die Tränen- und Speicheldrüsen über, so dass es zu Tränenträufeln und Speichelfluss kommt. Der Zustand wird als „Nasenkrise" aufgefasst und zwar handelt es sich in diesem Falle um eine rein sekretorische Nasenkrise; abnorme Geruchsempfindungen und auch Nieskrämpfe fehlen völlig.

HANSZEL.

32) **Chevalier Jackson. Die orthopädische Behandlung der Larynxstenosen. (Orthopaedic treatment of laryngeal stenosis.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. Februar 1917.*

Um in Fällen von Larynxstenose jeder Art zu prüfen, ob die Möglichkeit, durch den Mund zu atmen besteht, und um das Vertrauen des Patienten in die natürliche Atmung allmählich wieder zu stärken, verstopft Verf. die Kanülenöffnung mittels eines Gummistopfen, welcher einen Schlitz hat, so dass die durch die Kanüle eintretende Luftmenge verringert, die Kanüle aber nicht völlig verstopft ist. Allmählig wird der Schlitz immer kleiner genommen und schliesslich ein solider Stopfen eingesetzt. Verf. findet, dass bisher nicht genug betont wurde, was

er das „orthopädische“ Moment bei dieser Behandlung nennt. Er meint damit, dass in Fällen mit mehr oder minder ausgesprochener Fixation des Kriko-arytaenoidgelenkes infolge Arthritis, Perichondritis oder Narbenadhäsionen infolge des forcierten Bemühens, durch den Larynx zu inspirieren, eine möglichst maximale Bewegung der Aryknorpel erzwungen wird. Dadurch wird das steife Gelenk beweglich gemacht und die infolge der Untätigkeit atrophierten Muskeln werden wieder gestärkt. Der Zug der Aryknorpel an einer narbig veränderten Glottis trägt dazu bei, diese zu erweitern. Die beste Wirkung wird bei Kindern erzielt und hier besonders dann, wenn keine aktiven Massnahmen vorausgegangen sind, wie Thyreotomie, Laryngostomie usw.

FINDER.

33) **James B Horgan. Fibrom der Trachea. (Fibroma of the trachea.)** *Brit. med. journ. 14. Dezember 1918.*

Der Fall, über den Verf. berichtet, betrifft einen 9jährigen Knaben. Patient hatte vor 3 Monaten Masern gehabt und litt seitdem an Anfällen von Dyspnoe, die besonders während der Nacht eintraten und schliesslich zu äusserster Orthopnoe mit inspiratorischem Stridor führten. Mittels Auskultation konnte über beiden Lungen kein Atemgeräusch gehört werden, dagegen hörte man über dem Manubrium sterni ein lautes vibratorisches Geräusch. Bei Untersuchung nach Avellis (? Ref.) sah man einen dunkelroten, kugligen Tumor, der sehr weit unten in der Trachea sass. Da bei dem Zustand des Patienten ein Versuch zur Entfernung mittels direkter oberer Tracheoskopie nicht ratsam schien, so machte Verf. die tiefe Tracheotomie in Lokalanästhesie. Im Verlauf derselben trat Bewusstlosigkeit und Verschwinden des Radialpulses auf; als die Trachea eröffnet war, zeigte sich, dass der Tumor weit unterhalb der längsten verfügbaren Trachealkanüle lag. Verf. ging nun mit einer Luc'schen Nasenzange in der Richtung nach der Bifurkation zu ein und entfernte einen harten gestielten Tumor. Sofort kehrte die Atmung und das Bewusstsein wieder. Die Kanüle wurde am nächsten Tage entfernt. Nach einigen Tagen wurde mittels Tracheoskopie festgestellt, dass der Sitz des Tumors an der vorderen Trachealwand unmittelbar über der Bifurkation war. Die Ursprungsstelle wurde mittels Trichloressigsäure geätzt. Es trat völlige Heilung ein. Der Tumor hatte die Grösse einer kleinen Kirsche; die mikroskopische Untersuchung ergab ein Fibrom.

FINDER.

34) **Erhardt. Quere Resektion der Trachea.** Verein f. wissenschaftl. Heilkunde Königsberg i. Pr., Sitzung vom 25. Februar 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 25. S. 702. 1918.*

Die Operation wurde wegen diaphragmaartiger Nebenstenose ausgeführt, die sich an eine Stichverletzung angeschlossen hatte. In Lokalanästhesie tiefe Tracheotomie, dann Resektion des ersten und zweiten Trachealringes. Der dritte wurde mit dem Ringknorpel durch Naht vereinigt.

R. HOFFMANN.

35) **Hofmeister. Osteom der rechten Stirnhöhle.** Stuttgarter ärztlicher Verein, Sitzung vom 7. März 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 25. S. 704. 1918.*

Das Osteom wurde bei dem 47jährigen Herrn durch Eröffnung der Stirnhöhle nach der Killian'schen Methode entfernt. Glatte Heilung.

R. HOFFMANN.

36) **Blohmke. Fremdkörper in den Luftwegen.** Verein f. wissenschaftl. Heilkd. Königsberg i. Pr., Sitzung vom 11. Februar 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 24. S. 669. 1918.*

Extraktion des metallenen Verschlussdeckels einer Kokain-Pinselspritze durch obere Bronchoskopie. Der Fremdkörper sass im tiefsten Ende des linken Stammbronchus.

R. HOFFMANN.

37) **Knack. Bronchiektasenbildung infolge eines Fibroms an der Abgangsstelle des unteren Hauptbronchus.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung v. 30. April 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 36. S. 1007. 1918.*

47jährige Frau mit Lungenbeschwerden seit 6 Jahren. Im Februar 1918 akute Steigerung unter influenzaartigen Erscheinungen. Dauernd hohe, zum Teil intermittierende Temperaturen, mässiges, zäheitriges, fadenziehendes Sputum, keine elastischen Fasern. 28. 3. erste Röntgenaufnahme: Zylindrische Bronchiektasie im Bereiche des rechten Unterlappens. Weiterhin eitrige Pleuritis mit stinkendem, dünnflüssigem Eiter. 20. 4. Rippenresektion. Fieber hält weiter an, unter Delirien und zunehmender Benommenheit 24. 4. Exitus. Bei der Obduktion karnifizierende Pneumonie des rechten Unterlappens, stellenweise eitrige Einschmelzung. Erhebliche zylindrische Bronchiektasenbildung auf diesen Lappen beschränkt. Dicht unterhalb der Teilungsstelle zwischen oberem und unterem Hauptbronchus sass in letzterem der Wand ein kirschkerngrosser derber Tumor auf mit kurzem breitem Stiel und glatter Oberfläche. Mikroskopisch: Zellarmes Fibrom. Sehr seltener Befund. Knack sieht in diesem Befunde die Mahnung, in allen Fällen umschriebener Bronchiektasenbildung die Tracheobronchoskopie nicht zu unterlassen, die vielleicht die Möglichkeit gegeben hätte, den kleinen Tumor operativ zu entfernen und damit unter Umständen das Leben der Patientin zu erhalten.

R. HOFFMANN.

e II) Stimme und Sprache.

38) **Ernst Barth. Die psychogenen Lähmungen der Stimme, Sprache und des Gehörs.** *Med. Klinik. No. 51. 1917.*

Verf. schildert die Entstehung der psychogenen Stimm- und Sprachstörungen, ihre Differentialdiagnose gegenüber den organisch bedingten, ihre gelegentliche Entstehung aus solchen, ihr Symptomenbild usw. Er schildert dann genau die Behandlungsmethode, die er befolgt und die darin besteht, den Patienten zunächst zur Beherrschung einer ruhigen und tiefen Aus- und Einatmung zu bringen und ihm dann einen Laut, zu dessen Bildung er der Mitwirkung des Kehlkopfes nicht bedarf, z. B. den stimmlosen Reibelaut „ss“ erzeugen und mit einer Ausatmung solange wie möglich spinnen zu lassen. Er geht dann allmählich zu tönenden Reibelauten (z. B. weiches „S“ wie in „Sonne“) über und lässt weiterhin damit Vokale verbinden wie „si, su“ usw. Die ganze Frage des Erfolges bei der Behandlung der funktionellen Aphonie beruht darauf, dem Kranken einen von ihm selbst erzeugten tönenden Laut wieder zu Gehör zu bringen. Verf. hat 150 Fälle behandelt, alle bis auf 6 mit gutem Erfolg. Verf. bespricht auch die funktionellen Sprech- und Hörstörungen und ihre Behandlung.

FINDER.

39) **Alfred Guttmann** (Berlin). **Stimmstörungen im Felde. Zur Technik der Uebergangstherapie.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 32. S. 883. 1918.*

Zur Behandlung funktioneller Stimmstörungen — bei allen derartigen Kranken lässt sich nach G. eine mangelhafte psychopathische Konstitution nachweisen — empfiehlt G., wenn es nicht gelingt durch Ueberrumpelung Heilung zu erzielen oder wenn die dazu benutzten Hilfsmittel (Sonde, elektrischer Strom) wie oft im Felde, nicht zur Verfügung sind, eine phonetische Uebungskur, über deren Einzelheiten auf das Original verwiesen werden muss. Durch die Uebungen können auch Simulanten überführt werden.

Meist waren die Kranken nach der phonetischen Uebungskur binnen 2 bis 4 Wochen wiederhergestellt und konnten als dienstfähig zur Truppe entlassen werden. Haben die Uebungen aber nicht in der ersten Woche Erfolg, so tut man besser, es mit anderen Methoden zu versuchen. Rückschläge kommen vor, es müssen dann die Uebungen von neuem durchgeführt werden. R. HOFFMANN.

f) Schilddrüse.

40) **Gröbli** (Bern). **Ueber das Nukleoproteid der Schilddrüse.** *Berner Diss. Bern 1918.*

Fragestellung: 1. Führt die Verfütterung des Thyreonukleoproteids beim Hund strukturelle Veränderungen in der Schilddrüse herbei? 2. Stimmen diese Veränderungen mit den bekannten Tatsachen der Anatomie, Physiologie und Klinik der Schilddrüse überein?

Es wurden zur Entscheidung dieser Fragen Hunden vor und nach der Verfütterung kleine Stücke von Schilddrüse ausgeschnitten und untersucht, wonach folgende Schlüsse zu ziehen waren:

Das phosphorhaltige Thyreonukleoproteid erhöht die Konsistenz des Kolloids und verhindert dessen zu rasche Resorption im Körper, welche den Basedow zur Folge hat. Bei dieser Krankheit kommt es darauf an, die Bildung des Proteids durch Phosphormedikation zu erleichtern, woher die günstige Wirkung des Natron phosphoricum auf Basedow. Andererseits kann die Ueberschwemmung durch die innere Schilddrüsensekretion mittels Resektion der Drüse bekämpft werden. Die Allgemeinbehandlung der Krankheit kann und soll natürlich nebenbei zu ihrem Rechte kommen. JONQUIÈRE.

41) **Elisabeth Kind** (Chur). **Blutbefunde bei endemischem Kretinismus.** *Berner Dissert. Bern 1918.*

Verfasserin untersuchte das Blut bei 45 Kretinen aus den bernischen Stadt- und Kantonsarmenanstalten. Es zeigten sich bei allen schilddrüsenkranken Individuen gewisse Veränderungen des Blutbildes, die aber nicht so konstant und gleichartig sind, dass sie für sich allein diagnostischen Wert hätten. Als gesichert kann angenommen werden die Anämie mit den sie begleitenden Veränderungen, z. B. der Verkleinerung der Erythrozyten, und die Lymphozytose mit Reduktion der Neutrophilen, sowie eine normale oder wenig verminderte Gesamtleukozytenzahl.

Die sehr ausführlichen Befunde müssen in der Arbeit selbst nachgelesen werden, da sie in einem kurzen Referat nicht unterzubringen sind. JONQUIÈRE.

g) Oesophagus.

42) **Marschik. Schussverletzung des Oesophagus.** K. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, Sitzung vom 4. Mai 1917. *Berliner klin. Wochenschr. No. 48. S. 1167. 1917.*

In Lokalanästhesie Schnitt am vorderen Rande des Kopfnickers. Man geht präparando vor bis auf die Schilddrüse. Dann wird auf die hintere Wand der Schilddrüse eingegangen und die Bindegewebskapsel um die Schilddrüse geöffnet. Damit hat man den Retropharyngealraum und das obere Mediastinum erreicht. Es wird nun die Freilegung des Schusskanals vorgenommen, nachdem man den Eingang des Mediastinum mit Jodoformgaze abgedichtet hat. Die Operation soll, sobald es die äusseren Verhältnisse gestatten, gemacht werden, doch kann man 1—2 Tage warten. R. HOFFMANN.

43) **Fromme. Seifenlaugenverätzung mit völliger Stenose des Oesophagus.** Med. Gesellschaft zu Göttingen, Sitzung v. 6. Juni 1918. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 37. S. 1037. 1918.*

Ein 17jähriges Mädchen, das seit drei Jahren ein vollkommenes Fistelleben führt und bei dem mit Erfolg ein künstlicher antethorakaler Oesophagus gebildet wurde, so dass dasselbe fast alle Speisen durch den künstlichen Oesophagus schlucken konnte. Ueber die Einzelheiten des Falles und des operativen Vorgehens sei auf die ausführliche Publikation in Bruns' Beiträgen verwiesen.

R. HOFFMANN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Oesterreichische Gesellschaft für experimentelle Phonetik.

Sitzung vom 4. Dezember 1917.

Vorsitzender: Réthi.

Haböck: Die Eunuchenstimme und ihre künstlerische Verwendung.

(Ist als Originalartikel erschienen. Wiener medizinische Wochenschrift. 1918. Nr. 34.)

Réthi: Manche verwechseln die Eunuchenstimme mit der Fistelstimme, wie sie beim Mutieren vorkommt. Das Umschlagen der Stimme beim Mutieren beruht auf einer Koordinationsstörung, auf einer übermässigen Spannung der Kehlkopfmuskeln, wahrcheinlich infolge mangelhafter Beherrschung derselben. Indem beim Eintritt geschlechtlicher Reife der Kehlkopf rasch an Grösse zunimmt, verliert der Betreffende das Gefühl für die richtige Innervation; er innerviert einige Muskeln

zu stark, andere vielleicht auch zu schwach. Auch mit der Kopfstimme ist die Eunuchenstimme nicht identisch. Bei ersterer schwingt nur der Randteil der Stimmlippen. Dies sowie das Ablaufen einer von R. seinerzeit beschriebenen wellenförmigen Bewegung an der Oberfläche der Stimmbänder charakterisiert die Kopfstimme. Bei der Eunuchenstimme dagegen handelt es sich um einen infolge sexueller Hemmungsmissbildung in seinem Wachstum zurückgebliebenen Kehlkopf; die Vibrationen finden in dem kleinen Kastratenkehlkopf, der auch wieder verschieden gross sein kann, in normaler Weise statt. Innerhalb der Grenzen des kleinen Kehlkopfs kommen, der Grösse desselben entsprechend, die einzelnen Register in normaler Weise zur Geltung.

Haböck: Der Grund, dass die Kastratenstimme von manchen für Falsettstimme gehalten wurde, ist der, dass — wohl schon im 15ten und 16ten Jahrhundert — man während der Mutationszeit den Wechsel der Stimme durch eine gewisse Behandlung des Organs zu hindern wusste. Durch diesen Training der Stimme während der Mutationszeit wurden die höheren Töne der Knabenstimme allmählich aus der Brust- und Mittelstimme in eine sich mehr der Kopfstimme annähernde Voix mixte oder auch in völlige Kopfstimme übergeführt, während man in der tieferen Lage möglichst nach der unveränderten Beibehaltung des Timbres der Knabenstimme in vollster Brustresonanz strebte. Wie häufig diese „gewisse Behandlung“ der Stimme durch vorhergegangene Kastration unterstützt wurde, ist nur zu vermuten.

Sitzung vom 5. Februar 1918.

O. v. Hovorka: Die Sprache und ihre Störungen bei schwachsinnigen Kindern.

Zu den häufigsten Erscheinungen bei schwachsinnigen Kindern gehört die verspätete Entwicklung der Sprache. Diese kann, wie H. festgestellt hat, sich sogar auf die ersten 9 Jahre erstrecken. Auch Hörstummheit kommt vor. Zu den erworbenen Sprachstörungen gehört die erworbene Sprachlosigkeit, wie sie z. B. als Folgeerscheinung heftiger Hirnhautentzündungen bei Kindern beobachtet wird. Auch die verspätete Sprachentwicklung muss nicht immer eine angeborene sein; es kann z. B. durch Poliomyelitis, Eklampsie, Otitis media, Meningitis usw. zu einer partiellen oder totalen Rückbildung des Sprachvermögens kommen. Zu den sehr häufigen Sprachstörungen schwachsinniger Kinder gehört das Stammeln, wogegen H. bei seinem Material verhältnismässig selten Stotterer fand (5 Kinder unter 409). Eine äusserst seltene Sprachstörung ist die Vokalsprache, die darin besteht, dass beim Sprechen nur die Vokale hörbar sind und alle Konsonanten verschluckt werden. Die spastisch explosive Sprache, zumeist mit dem Stottern verwechselt, beruht auf periodischer krampfhafter Zusammenziehung des M. orbicularis. Als Affektsprache führt H. das Phonogramm eines Mädchens vor, das jede an sie gerichtete Frage mit dem Anfangsvers eines Lehrgedichtes: „Mit Freude im Herzen . . .“ unter Anwendung eines übermässigen Pathos zu beantworten pflegte. Das Gegenstück dazu bildet die monotone Sprache, eine Abart davon die skandierende Sprache. Bei einem 10jährigen Knaben beobachtete H. nach einer eitrigen Mittelohrentzündung bei Influenza eine Sprachstörung, die er

als „Charadensprache“ bezeichnet, eine eigenartig abgeschliffene, äusserst undeutliche und schwer verständliche Sprache, deren Sinn erst rebusartig gedeutet werden musste. Die Symbolsprache ist bei Idioten sehr häufig; sie besteht aus einem äusserst minimalen Wortschatz, welcher jedoch von dem Kinde durch verschiedene Akzentuierung oder durch wechselnde Tonalisierung verschiedenen Inhalt ausdrücken kann. Ferner kommen bei schwachsinnigen Kindern noch vor: Echosprache (Echolalie), ataktische Sprache, Silbenstolpern.

Stern bestätigt das seltene Vorkommen von Stottern bei schwachsinnigen Kindern. Er erklärt das so: Beim normalen Kind findet in einer gewissen Periode ein Missverhältnis zwischen Denk- und Sprachgeschäft statt, es kommt zu einer Art Stottern oder Poltern, da die Gedanken dem Sprachmechanismus vorauseilen. Es handelt sich dabei aber nur um intermittierende Sprachstörungen, die bei normalen Kindern bald verschwinden, bei neuropathisch veranlagten Kindern bildet diese Periode oft den Uebergang zur Ausbildung eines echten Stotterns. Bei dem schwachsinnigen Kinde, dessen Gedankengang ein erschwerter und dessen Gedankenfülle eine geringe ist, kommt es nie zu dem beschriebenen Missverhältnis.

Sitzung vom 16. April 1918.

A. Pfalz: Zur Phonetik verklungener Sprachen.
(Erscheint in der „Wiener medizinischen Wochenschrift“ als Originalartikel.)
(Nach dem offiziellen Sitzungsbericht.)

---

b) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 25. Januar 1918.

Vorsitzender: Killian.

Killian stellt einige Fälle von Kehlkopfschüssen vor.

Halle stellt einen dritten Fall von Gesichtsspaltenzyste vor. Er bildet fast das Bild eines Polypen hinter dem Naseneingang.

Claus hat einen ähnlichen Fall operiert, ihn aber als eine Retentionszyste angesehen und sublabial ausgeschält; die Geschwulst hing nirgends mit dem Knochen zusammen.

Finder fragt Herrn Halle, wie er differentialdiagnostisch diese Gesichtsspaltenzysten von den Oberkieferzysten unterscheidet. Er hat einen Fall operiert, der klinisch genau dasselbe Bild bot; es handelte sich um eine kleine Oberkieferzyste, die eine grosse Ausbuchtung nach der Nase zu besass.

Halle: Die Gesichtsspaltenzysten unterscheiden sich von den Radikulärzysten, die in den Oberkiefer hineingewachsen sind, dadurch, dass sie niemals im Knochen selber, sondern auf der Fossa canina liegen. Man braucht also den Knochen nicht zu eröffnen, um heranzukommen. Die Partsch'sche Operation ist für sie nicht am Platz, sondern nur für die Radikulärzysten; doch zieht H. für diese auch, wenn sie gross sind, die Operation nach Caldwell-Luc vor.

Halle zeigt an einem Fall die verhängnisvolle Wirkung der Obturatoren bei Kieferhöhleneiterung. Die Patientin ist tuberkulös. In der Umgebung des Obturators haben sich tuberkulöse Entzündungen und Geschwüre gebildet, die Tuberositas maxillaris ist völlig zerstört.

Gutzmann: 1) Vorführungen phonographischer Aufnahmen der Stimme bei Schussverletzungen des Rekurrens und des Kehlkopfs selbst.

G. will durch seine Demonstrationen zeigen, ein wie vortreffliches klinisches Unterrichtsmittel die Phonogramme sind.

Leider werden Phonograph und Grammophon von den meisten Klinikern auch heute noch höchstens als wissenschaftliches Spielzeug betrachtet; nur selbständige Versuche, bessere Kenntnis der phonetischen Fachliteratur nebst Fühlung mit den Fortschritten der experimentellen Phonetik und der phonographischen Technik werden diese falsche Bewertung berichtigen können.

2) Neue Art der Phonophotographie:

G. schildert das von ihm in dem phonetischen Laboratorium jetzt angewandte Verfahren folgendermassen:

Man legt eine Platte auf das Grammophon und verbindet die Schalldose durch einen Schlauch mit einer zweiten kleinen Kapsel, der sogenannten Leppin-Mascheschen Kapsel. Auf ihr sind zwei Spiegelchen aufgesetzt, welche einen Lichtstrahl auffangen und ihre Bewegung durch diesen „Lichthebel“ in sehr stark vergrössertem Masse als helle senkrechte Linie sichtbar machen. Ich zeigte Ihnen schon vor längerer Zeit in einer unserer Sitzungen, wie diese senkrechte Linie durch einen König'schen Drehspiegel zur Kurve ausgezogen und gegen die Wand geworfen wird, so dass wir damals unsere eigene Sprache und Stimme als glänzende Lichtkurve sichtbar machen konnten. Setzt man nun an Stelle der Wand die lichtempfindliche Papierfläche einer passenden Kamera, so kann man die Schallkurve unmittelbar photographieren. Wir haben im Laboratorium eine Kymographiontrommel, die zur Kamera eingerichtet ist und statt des König'schen Spiegels auf der lichtempfindlichen Papierfläche durch gleichmässige Fortbewegung die Ausziehung der Linie zur Kurve besorgt. Die Umdrehungsgeschwindigkeit hatte ich meist so eingestellt, dass gerade 50 cm des Umfanges auf eine Sekunde kamen. Wir können unsere Kameratrommel aber auch doppelt so schnell laufen lassen.

Was auf die Grammophonplatte gesprochen und gesungen war, das wird nun durch den Schlauch auf die zweite Kapsel übertragen, von den auf ihrer Membrane stehenden Spiegelchen auf das photographische Papier geworfen und dort aufgeschrieben oder hier richtiger gesagt abgeschrieben. Die so entstandenen Kurven zeige ich Ihnen hier und zeige Ihnen zugleich epidiaskopisch den ganzen Vorgang (Demonstration). Wie zuverlässig das Verfahren ist, erhellt schon aus dem Umstande, dass die mehrfach wiederholten Photographien der gleichen Phonogramme ganz gleiche Umwandlungskurven lieferten. Im übrigen kann man die Richtigkeit der Kurven durch unmittelbaren Vergleich mit den Eingrabungen feststellen.

3) Kontrastfärbung der Schallkurven.

Das unmittelbare Lesen der Originalkurven ist durch die grosse Auseinanderziehung der Wellenzüge sehr erschwert. Dazu kommt noch, dass bei Ansicht der

Schallkurve der Originalplatten unter Lupenvergrösserung zweifelhaft wird, was Oberfläche und was eingegrabene Rille ist. G. hat also die Schallrillen durch Kontrastfärbung aus der schwarzen Plattenfläche herausgehoben. Er schildert das Verfahren folgendermassen:

Wenn man in eine Plantorplatte (eine mit Ceresin überzogene Papplatte, von der die Aufnahme unmittelbar abgehört wird) schreibt, wobei Tiefschrift angewendet wird, so ist die Kontrastfärbung sehr einfach zu machen. Bevor man die Platte benutzt, wird die Wachsfläche mit Alkannin dunkelrot gefärbt; auf diese Weise wird bei der Aufnahme der von dem kleinen Saphirspaten ausgehobene Schallgraben in der hellgelben Farbe des Ceresins sichtbar. Es kommt dennoch eine prächtige Kontrastfärbung schon während des Phonographierens zustande. Dadurch bekommt man so deutliche und übersichtliche Glyphen, dass man hier z. B. die einzelnen Perioden eines Vokals unmittelbar erkennen und abzählen kann. Diese Vorfärbung macht es auch sehr bequem, schöne Photographien der Glyphen zu machen. Man sieht, wie stark die hellen Glyphen aus der dunklen Fläche bei der Photographie heraustreten. Noch schöner sehen aber die Eingrabungen selbst unter dem Mikroskop aus.

Bei den Plantorplatten, ebenso bei anderen Wachsplatten ist die Kontrastfärbung demnach überaus einfach durch die Vorfärbung der Wachsschicht zu erreichen.

Bei den fertiggestellten schwarzen Grammophonplatten (Flachschrift) und Pathéplatten (Tiefschrift) hat G. die Kontrastfärbung durch Einreibung mit weicher heller Pastellkreide oder durch Einschlemmung von Schlemmkreide in die Schallrillen erreicht.

Sitzung vom 1. März 1918.

Vorsitzender: Killian.

Musehold: Angiom der Wange.

Die Geschwulstmasse durchsetzt die ganze rechte Wange, so dass sie dreimal so dick war, als die linke. Pat. — ein Soldat — hat die Geschwulst seit der Kindheit, fühlt aber erst seit letzter Zeit Beschwerden, bestehend in Schwindel. Ueber dem Ohr findet sich eine etwa zweimarkstückgrosse Stelle, wo die stark ausgedehnten Venen sich beim Bücken zur Beule füllen und dann wieder abschwellen. Die Geschwulst kann als Angioma plexiforme angesehen werden, zum Teil handelt es sich um kavernöse Bildungen, wofür der Wechsel der Blutfüllung spricht. Jeder Versuch, den Tumor zu entfernen oder zu verkleinern, muss als gefährlich abgelehnt werden.

Finder: Seltener Tumor des harten Gaumens.

31jähriger Soldat mit halbkugeligem, von normaler Schleimhaut überzogenem, etwa halbhühnereigrossem Tumor des harten Gaumens, nach medial bis zur Mittellinie, nach lateral bis zum Alveolarrand reichend. Der Tumor hat nachweislich bereits im Jahre 1913 bestanden. Man hielt damals den Tumor für eine Knochenzyste. F. operierte den Tumor, indem er ihn nach Abpräparieren der Schleimhaut herausschälte, was ganz leicht gelang. Er erwies sich als solide Geschwulst. Die

Heilung trat ohne Zwischenfälle ein. Es hatte nicht der leiseste Verdacht auf Malignität bestanden, um so grösser war die Ueberraschung, als die mikroskopische Untersuchung (Benda) ergab, dass es sich um ein zweifelloses Karzinom handelte und zwar um ein Adenokarzinom. An einigen Stellen findet sich auch Pflasterepithel und an einigen Stellen sind in den Krebsnestern Erweichungsherde. Das Stroma ist zum Teil schleimig degeneriert. Es handelt sich also um eine klinisch gutartige, seit mindestens $4\,^1/_2$ Jahren ohne Wachstum und ohne Zerfall bestehende Geschwulst, die histologisch bösartig ist. (Sogenanntes „gutartiges Epitheliom des harten Gaumens". Anm. bei der Korrektur.)

Killian: Hypophysentumor.

K. demonstriert, wie prachtvoll Hypophysentumoren im Stereoröntgenbild zur Darstellung gelangen. Operation nach Hirsch ergab, dass es sich um eine Zyste handelte.

Lautenschläger: Drei Fälle von Ozaena.

Alle drei Fälle sind nach L.'s Verfahren operiert. Sie galten als „genuine" Ozaena. Bei keinem der Fälle fand sich Eiter in der Kieferhöhle. Trotzdem erwies sich, wie mikroskopische Untersuchung ergab, die Kieferhöhlenschleimhaut als krank.

Schönstadt: Neues Verfahren zur Verengung der Nasenhöhle.

S. klappt die Oberlippe nach oben, macht einen Schnitt oberhalb der Schneidezähne quer, ungefähr von einem Eckzahn bis zum andern, präpariert die Weichteile nach oben, so dass die knöcherne Nasenöffnung frei liegt. Alsdann schiebt er sehr vorsichtig den Nasenschlauch sowohl von dem unteren knöchernen Nasenboden wie vom Septum ab bis hinten zu den Choanen, trennt aber hinten nicht durch, so dass gewissermassen je eine Tasche zu beiden Seiten des Septums entsteht. In diese Tasche führt er abgemeisselte Späne aus der Tibia ein, klappt dann die Weichteile zurück und schliesst die ganze Wunde durch einige Nähte. S. hat 4 Fälle so operiert. Das Verfahren hat den Vorzug, dass die Nasenschleimhaut völlig unangetastet bleibt und dass es absolut aseptisch ist.

Halle: Nach der Methode von Schönstadt könnte nur der untere Nasengang verengert werden, eine allgemeine Verengerung der Nase wird dadurch nicht gewährleistet. Ferner ist bei Ozaena wichtig, dass die Nebenhöhle eröffnet wird und man sich überzeugt, ob sie krank ist. Das fällt bei diesem Verfahren auch fort.

Lautenschläger bestreitet, dass bei Operation von der Mundhöhle man das Verfahren als aseptisch bezeichnen kann.

Schönstadt: Es ist ein völlig abgeschlossener aseptisch hergestellter Operationsraum vorhanden. Die Eröffnung der Höhlen wird gerade von manchen der Lautenschläger'schen Operation zum Vorwurf gemacht.

Gutzmann.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXV. Berlin, Februar. 1919. No. 2.

I. Referate.

a) Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **L. Réthi. Der Schularzt als Laryngo-Rhinologe.** *Wiener med. Wochenschr. No. 1. 1919.*

Uebersicht über die krankhaften Erscheinungen bei den Schulkindern, die der Schularzt beachten muss.

HANSZEL.

2) **Schmidt** (Rottenburg a. N.). **Aus dem Bericht über die Schularzttätigkeit im Oberamt Rottenburg a. N. im Jahre 1917.** *Med. Korresp.-Blatt d. Württ. ärztl. Landesver. No. 2. 1919.*

Die Besichtigung erstreckte sich auf 5371 Schüler, bei denen als sehr häufiger Befund Schwellung der Mandeln und des lymphatischen Apparats der Rachen- und Gaumenhöhle erhoben wurde. Eine sehr häufige Symptomendreiheit in den Gesundheitsbögen lautet: Blasses Aussehen, grosse Mandeln, Nasenschleimhautentzündung. In allen Fällen von starker Vergrösserung der Tonsillen wurde dringend zur operativen Entfernung geraten.

SEIFERT.

3) **A. Nagy. Ein Fall von Hemmungsmissbildung in der Mittellinie des Halses.** *Wiener med. Wochenschr. No. 17. 1918.*

Mitteilung eines Falles von unvollständiger Vereinigung des Ektoblastes vom dritten Kiemenbogen ab nach abwärts. Unterhalb des Kinnes beginnt eine narbenähnliche Bildung, die genau in der Mittellinie bis zwei Querfinger oberhalb des Manubrium sterni verläuft und dort mit einem fistelähnlichen Blindgang, der unter der Haut gerade nach abwärts führt, endigt. Es sah beim ersten Anblick aus wie der Folgezustand einer nicht ganz schulgemässen Tracheotomie. Kehlkopf und Luftröhre wiesen keine Abnormitäten auf.

HANSZEL.

4) **S. Jatron. Ueber Lymphzysten des Halses.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 12. 1918.*

Mitteilung zweier Fälle; der eine betrifft ein Kind mit angeborener Geschwulst, der andere einen 23jähr. Mann, der die Geschwulst erst seit kurzer Zeit bemerkte.

Beide Fälle wurden mit Erfolg operiert. Den Krankengeschichten ist ein ausführlicher pathologisch-anatomischer Befund beigegeben. Es ergibt sich, dass zwischen beiden Fällen eine weitgehende Analogie besteht. Ausgehend von dem gegebenen Bilde des Hygroma cysticum colli congenitum hält Verf. für die seitliche Halslymphzyste des Erwachsenen den Analogieschluss für gestattet, dass die Entstehung dieses pathologischen Prozesses auf eine in ein früheres Fötalstadium zurückdatierende Entwicklungsstörung im Mesoderm zu beziehen ist. Es ist eine Vereinfachung der klinischen Nomenklatur anzustreben, wonach für beide Formen die Bezeichnung Hygroma colli cysticum oder Lymphzyste gelten soll, beim Kinde sowohl wie beim Erwachsenen.

HANSZEL.

5) **Neil Maclay. Klinische Berichte aus einem Provinzhospital. (Clinical records from a provincial hospital.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. Juli 1917.*

Folgende rhino-laryngologische Fälle werden berichtet: 1. Laryngektomie wegen Kehlkopfkarzinom, 2. Laryngofissur wegen Karzinom des Kehlkopfinnern, 3. Karzinom des Hypopharynx bei einer Frau, die im siebenten Monat gravid war — Tracheotomie wegen Dyspnoe; Pat. wird seit drei Monaten mittelst einer Hillschen Dauerfüttersonde ernährt —, 4. Larynxtuberkulose gebessert nach Tracheotomie, 5. Epitheliom der Nase, auf dem Boden einer tuberkulösen Affektion entstanden.

FINDER.

6) **H. Siegmund** (im Felde). **Pathologisch-anatomische Befunde bei der Influenzaepidemie im Sommer 1918. (Nach Beobachtungen im Felde.)** *Med. Klinik. No. 4. 1919.*

Im Rachen, besonders an der Hinterwand und im Nasenrachenraum, an der Uvula, am Kehlkopfeingang und im Kehlkopf ist im Frühstadium die Schleimhaut geschwellt, aufgelockert und leicht gerötet. Fast regelmässig besteht ein deutliches Oedem am Kehlkopfeingang. In der Trachea ist Rötung und Schwellung in den unteren Teilen ausserordentlich stark, fast nie werden hier Blutungen vermisst, die nicht nur punktförmig, sondern gelegentlich ausgedehnt flächenhaft sein können. Im weiteren Verlauf beginnen in der Trachea schwere eitrige und fibrinös-eitrige Entzündungen erst unterhalb der Stimmlippen und nehmen an Heftigkeit in den tieferen Abschnitten zu, am schwersten geschädigt erscheint die Gegend der Bifurkation. Beläge sind meist nicht zusammenhängend, sondern fleckig angeordnet und fetzig, von schmutzig-braungelber Farbe.

SEIFERT.

7) **G. Löffler** (Frankfurt a. M.). **Merkwürdigkeiten bei infektiösen Erkrankungen auf dem östlichen Kriegsschauplatze.** *Fortschr. d. Med. No. 4. 1919.*

Schleimhautblutungen bei Rückfallfieber kamen nicht zur Beobachtung, wohl aber oft entzündliche Schwellung und Rötung der Kiefer- und Wangenschleimhaut. Auch bei Fleckfieber zeigten sich häufig Mundentzündungen (bei Rumänen), die auf fehlende Mundpflege zurückzuführen sind und nicht selten zu Entzündungen der Parotis führten. In 3 Fällen (2 Rekurrens, 1 Exanthematikus) kam es infolge dieser Komplikation zum Exitus, da trotz tiefer Inzisionen Sepsis sich entwickelte.

SEIFERT.

8) **Ernst Sutter. Ueber gonorrhoische Allgemeininfektion. (Diffuse gonorrhoische Peritonitis, Arthritis gonorrhoica, Otitis media gonorrhoica, Stomatitis gonorrhoica und gonorrhoisches Exanthem.)** *Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 87. H. 1/2. 1919.*

$2^1/_2$jähr. Kind erkrankt an einer in Schüben exazerbierenden sepsisähnlichen Erkrankung. Primärherd der Erkrankung war eine Vulvovaginitis gonorrhoica. Auch im Ohreiter und den eitrigen Auflagerungen der Stomatitis liessen sich kulturell und mikroskopisch Gonokokken nachweisen. FINDER.

9) **H. D. Gillies. Einige Fälle von Gesichtsentstellung, behandelt in der Abteilung für plastische Chirurgie am Cambridge-Hospital Aldershot. (Some cases of facial deformity, treated in the department of plastic surgery at the Cambridge Hospital, Aldershot.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. September 1917.*

Fall I. Bildung der oberen Hälfte des Nasenrückens,

Fall II. Transplantation des Temporalmuskels wegen Deformität, verursacht durch Verlust des Kieferknochens.

Fall III. Bildung der Mundwinkel nebst der angrenzenden Lippen- und Wangenteile; Fraktur des Unterkiefers. FINDER.

10) **H. Haedicke. Ueber ein einfaches Verfahren zur Verhütung des Zurücksinkens der Zunge bei Bewusstlosen.** *Fortschr. d. Med. No. 5/6. 1919.*

Das Verfahren besteht darin, dass man durch Hintenüberbeugung des Kopfes die Kehle streckt, dadurch Kehlkopf, Zungenbein und Zungengrund von der Wirbelsäule entfernt und durch Anspannung der Zungenbeinmuskeln das Zungenbein in dieser Entfernung feststellt, so dass ein passives Zurücksinken oder Ansaugen des Zungengrundes über den Kehlkopf verhindert wird. SEIFERT.

11) **Grossmann** (Berlin). **Wann sollen Schädelbasisfrakturen bei Mitbeteiligung von Ohr und Nase operativ behandelt werden?** *Passow's Beiträge. Bd. 10. S. 379.*

Verf. geht von den von O. Voss im dritten Band der Beiträge von Passow u. Schäfer aufgestellten Thesen aus und möchte vor allem an Stelle der dort vertretenen Forderung, dass Schädelbasisfrakturen mit Mitbeteiligung des Ohres oder der Nase der operativen Behandlung zu unterziehen sind, von Fall zu Fall individualisieren. Nur dann ist zu operieren, wenn schwere klinische Erscheinungen (Hirndruck, Lähmungen) vorliegen und diese am Tage der Einlieferung keine Tendenz zeigen, sich zurückzubilden, oder wenn Taubheit, Nystagmus, Ausfluss von Endolymphe oder Liquor cerebrospinalis auf Verletzung des inneren Ohres bzw. der Dura hindeuten, oder endlich eine Infektion des Schädelinhaltes vom Ohr oder der Nase aus anzunehmen ist.

Bei leichteren Fällen ist die Operation nur angezeigt, wenn bereits ein Eiterungsprozess in Ohr oder Nase besteht oder eine frische Infektion dort auftritt. Als Operationsmodus genügt die einfache Aufmeisselung an Stelle der Totalauf-

meisselung bzw. der Labyrinthoperation; für die Nase kommt die Radikaloperation der Stirnhöhle mit oder ohne Eröffnung des Siebbeins in Betracht.

Kasuistik von 4 Fällen. SCHLITTLER.

12) **Mann** (Dresden). **Ein Fall von Neurofibromatose mit Akromegalie.** *Passow's Beiträge. Bd. 10. S. 361.*

Es handelt sich um den bereits von Wolfssohn und Markuse in der Berl. klin. Wochenschr., Jahrg. 1912, beschriebenen 28jähr. Patienten E. S., der schon in frühester Jugend an multiplen Neurofibromen, später an Epilepsie litt und bei dem im dritten Lebensdezennium sich Symptome von Akromegalie zeigten (kreuzweises Grössersein von Hand und Fuss). Daneben konstatierte Verf. grobschlägigen Nystagmus bei Blick nach links, der Zeigeversuch nach Barany fiel rechts normal aus, links erfolgte Vorbeizeigen nach aussen. Vestibularerregbarkeit links normal, rechts eher Uebererregbarkeit. Hörweite rechts $1^1/_2$ m Flüstersprache, links $^1/_4$ m, die funktionelle Prüfung spricht für labyrinthäre Schwerhörigkeit.

Die Behandlung bestand in Radiumapplikation und es soll das Gesamtbild sichtlich sich gebessert haben, genauere Angaben darüber fehlen. SCHLITTLER.

13) **Edmund G. Boyle. Stickstoffoxydul und Sauerstoff in Verbindung mit Aether oder C. E.-Mischung für Hals- und Nasenoperationen. (Nitrous oxide and oxygen in combination with aether or C. E. Mixture for nose and throat operations.)** *Brit. med. Journ. 21. Dezember 1918.*

Verf. rühmt an seiner Methode, über die er bereits im November 1917 vor der Medical Society of London berichtet hat, die ausserordentlich geringe Menge von C. E.-Mischung, die erforderlich ist, den enormen Unterschied in dem Wohlbefinden des Patienten im Vergleich zu den älteren Methoden, die Vortrefflichkeit der Anästhesie. Nachdem $^1/_2$ Stunde vor der Operation eine Morphium-Atropininjektion gemacht worden ist, wird der Patient nach des Verfassers Methode mit Stickstoffoxydul-Oxygen anästhesiert und kurz bevor diese Anästhesie eingetreten ist, lässt man den Stickstoffoxydul und Oxygen durch die C. E.-Mischung oder Aether gehen, bis die gewünschte Tiefe der Anästhesie erreicht ist. Die besonderen Vorteile für Operationen an Hals und Nase sind: Die völlige Erschlaffung der Kiefer auch bei muskulösen Individuen und damit auch Erschlaffung des weichen Gaumens. Schluck- und Hustenreflex werden leicht ausgeschaltet und kehren fast unmittelbar nach Fortnahme des Anästhetikums wieder. Die Blutung ist geringer als bei anderen Methoden. Sehr wichtig ist auch der Umstand, dass der Patient sehr schnell nach der Operation wieder zum Bewusstsein gelangt; dies vollzieht sich gewöhnlich in ein paar Minuten. FINDER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

14) **F. L. Hofmann** (Marburg). **Ueber Geruchsstörungen nach Katarrhen der Nasenhöhle (zur Theorie des Geruchssinnes).** *Münchener med. Wochenschr. No. 49. S. 1369. 1918.*

Verf. berichtet über an sich selbst gemachte Beobachtungen. Infolge eines Nasenkatarrhs verlor er den Geruchssinn fast vollkommen. Auch stark riechende

Substanzen konnten mit wenigen Ausnahmen nicht mehr wahrgenommen werden. Normal war nur noch die Geruchsempfindung für Moschus. Allmählich erfolgte dann Besserung, aber die Empfindungen kamen, einige wenige ausgenommen, nicht in ihrem früheren Charakter, sondern für die meisten Gerüche gänzlich verändert, so dass ein vollständiges Umlernen nötig wurde. Verf. kommt zu dem Schluss, „dass in dem Geruch chemisch einheitlicher Substanzen mehrere einzelne Geruchskomponenten zu einer Einheit verschmolzen sind. Der Geruch chemisch einheitlicher Substanzen wäre also, wenn wir den Gehörsinn zum Vergleich heranziehen, etwa einem Klang, nicht aber einem einzelnen Ton zu vergleichen.“ Solche Defekte in der Skala der Geruchsempfindungen sind von Bedeutung für die Schmackhaftigkeit der Speisen. Sie können natürlich auch angeboren sein; daran ist zu denken, wenn Kinder z. B. Speisen, die anderen wohlschmeckend erscheinen, nicht essen wollen.

KOTZ.

15) **J. N. Roy. Ozaena unter den verschiedenen Rassen der Erde. (Ozaena among the various races of the earth.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. September 1917.*

Gelegentlich ausgedehnter Reisen im „Schwarzen Erdteil“ hat Verf. Gelegenheit gehabt, die Nasen von fast 5000 Negern in 22 verschiedenen Kolonien zu untersuchen. Er fand bei ihnen ebensowenig wie bei den Mulatten, den Hotentotten, Buschleuten, Somalis, Abessiniern Ozaenafälle. Dasselbe negative Ergebnis hatte der Untersucher bei den Negern Australiens und West-Indiens. Dagegen war er überrascht, eine grosse Zahl von Ozaenafällen unter den Schwarzen in Brasilien und den Vereinigten Staaten zu finden.

Die gelbe Rasse in Asien ist besonders prädisponiert zu atrophischer Rhinitis. Verf. fand sie nicht nur bei Japanern und Chinesen, sondern auch bei gewissen Indo-Chinesen, bei den Eskimos, Lappleuten, Finnen, Malaien, Philippinos und den Rothäuten. Bei den Mongolen besteht eine Tendenz zur Atrophie des vorderen Endes der unteren Muschel ohne pathologische Symptome. Dies ist besonders deutlich, wenn sie in einem heissen Klima leben; in kälterem Klima leiden sie an Rhinitis hyperplastica, wenn auch nicht so häufig wie die Weissen. Sehr auffallend war die Häufigkeit der Septumdeviation bei der gelben Rasse und speziell bei den Indiern.

Verf. bekennt sich als Anhänger der Lehre vom bakteriellen Ursprung der Ozaena; er sieht als ihren Erreger den Perez'schen Kokkobazillus an.

Nachdem er in Nord- und Südamerika eine grosse Anzahl Indier und eine Menge von Mischlingen untersucht hatte, kam er zu der Ansicht, dass lokale Bedingungen und Umgebung ein mehr oder weniger häufiges Auftreten der Krankheit verursachen. Selten da, wo die Eingeborenen im Freien zerstreut leben, wird sie häufiger in den Städten gefunden und da, wo sie dichter zusammengedrängt und in schlechter Luft leben. Dasselbe beobachtete Verf. bei Malayen, Chinesen und Japanern. Den Grund des häufigen Vorkommens der Ozaena bei den Mongolen sieht Verf. in der mangelnden Symmetrie der Nasenhöhlen infolge der bei ihnen so häufigen Septumdeviation. Diese verursache natürlich mangelhafte Atmung und das Nasensekret, dessen grössere Menge eine physiologische Eigentümlichkeit dieser

Rasse sei, käme so auch in grösserer Menge zur Stagnation und in ihm fände der Perezbazillus einen geeigneten Nährboden.

Die Neger in Afrika sind frei von Ozaena, aber sie sind nicht immun dagegen; sie infizieren sich aber, wenn sie nach Brasilien kommen und dort mit Infizierten zusammenleben. Verf. sieht auch in dieser Tatsache einen Beweis für den bakteriellen Ursprung der Ozaena. FINDER.

16) **J. L. Aymard. Einige neue Punkte in der Anatomie der Nasenscheidewand und ihre chirurgische Bedeutung. (Some new points in the anatomy of the nasal septum and their surgical significance.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. Oktober 1917.*

Aus den Ergebnissen der anatomischen Untersuchungen des Verf.'s sei nur einiges hervorgehoben: Die sogenannten Cartilagines nasi laterales sind von der übrigen knorpeligen Nasenscheidewand nicht abtrennbar, sie bilden mit ihr ein untrennbares Ganzes; er fasst dieses Ganze zusammen als „Cartilago nasalis major" und schlägt vor, davon zu unterscheiden die „Lamina triangularis" von der „Lamina perpendicularis". Verf. beschreibt die Verbindung zwischen Septumknorpel einerseits und Vomer bzw. Oberkiefer andererseits als ein Knochen-Knorpelgelenk (Chondro-Vomeralgelenk und Chondro-Maxillargelenk). Die in diesen Gelenken mögliche Bewegung bildet einen vollkommenen Halbkreis, der jederseits auf einen rechten Winkel von der Senkrechten beschränkt ist. Es ist dies das einzige Gelenk im Körper, das so ausgedehnte Bewegungen gestattet und es scheint so für diesen Zweck konstruiert. Ferner ist es das einzige frei bewegliche Gelenk, dessen eines Gelenkende völlig aus Knorpel, dessen anderes von nicht mit Knorpel überzogenem Knochen besteht. Druck auf die vordere obere Fläche des Knorpels bewirkt Biegung desselben in der Längsachse; Druck auf den vorderen unteren Rand bewirkt, dass der Knorpel sich schräg zu sich selbst biegt mit einem gewissen Grad von transversaler Bewegung im Chondromaxillargelenk. Wenn dieses Gelenk nicht wäre, so würden Frakturen und Dislokationen des Knorpels viel häufiger sein, als sie es sind.

Die übrigen sehr interessanten, für ein Referat nicht geeigneten Bemerkungen des Verf.'s beziehen sich auf die Art der Anheftung des Perichondriums und die daraus für die submuköse Septumresektion sich ergebenden praktischen Ergebnisse. FINDER.

17) **James B. Horgan. Abszess der Nasenscheidewand von 6 Jahre Dauer. (Abscess of the nasal septum of six years duration.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. Juli 1917.*

24 jähriger Mann, erlitt vor 6 Jahren einen Sturz vom Pferde, seitdem Nasenverstopfung. Es fand sich unregelmässige Verdickung des vorderen Teils des Septums. Inzision ergab eine grosse Menge Eiter. Von dem knorpeligen Septum war der grösste Teil zerstört, ebenso mehr als die Hälfte des knöchernen Septums. Heilung. FINDER.

18) A. Affolter. **Die temporäre Resektion der Nasenscheidewand bei intranasalen Tränensackoperationen (intranasale Tränensackexstirpation).** *Korresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 4. 1919.*

Verf. bezeichnet seine Methode als „transseptale“. Sie besteht darin, dass man zuerst die submuköse Septumresektion ausführt, indem man bei einseitiger Tränensackerkrankung von der gesunden Seite ausgeht, nach Ablösung der Schleimhaut und Entfernung eines etwa 10 Centimes grossen Knorpelstückes die Schleimhaut der kranken Seite durch einen parallel verlaufenden, jedoch 0,5—1 cm weiter nach unten und oben gelegenen, etwa $^1/_2$—2 cm langen Bogenschnitt glatt durchschneidet und den so erhaltenen Durchgang durch die Nasenscheidewand mit einem halblangen Killian'schen Spekulum auseinanderdrängt. Als Vorteile dieser Methode betrachtet Verf.: Das Operationsfeld ist viel übersichtlicher. Die Tränensackgegend, die bei den früheren endonasalen Methoden immer nur gewissermassen im Profil freigelegt werden musste, kann infolge eines grösseren Winkels viel breiter und deutlicher präpariert werden. Es gelingt auf diese Weise, viel leichter nicht nur eine Fensterresektion des Tränensacks nach West-Polyák auszuführen, sondern es kann auch der ganze Tränensack bequem exstirpiert werden, und zwar ohne äusseren Hautschnitt und mit Erhaltung der abführenden Tränenwege in die Nase.

Die temporäre Septumöffnung heilt ohne Perforation, da die beiden Schleimhautlappen nach Beendigung der Operation durch die Tamponade in ganzer Ausdehnung aufeinanderliegen und die Schnittlinien in verschiedenen Tiefen alternieren.

FINDER.

19) Engelmann. **Axiale Schädel-Röntgenaufnahmen.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung vom 19. Juni 1917. *Berliner klin. Wochenschr. No. 45. S. 1099. 1917.*

E. empfiehlt axiale (vertikale) Schädelröntgenaufnahmen als besonders vorteilhaft zur Erkennung von Erkrankungen der Nebenhöhlen und für die Fremdkörperlokalisation.

R. HOFFMANN.

20) de Kleyn und H. W. Stenvers. **Weitere Beobachtungen über die genauere Lokalisation der Abweichungen im Bereiche des Foramen opticum und der Ethmoidalgegend mit Hilfe der Radiographie.** *Graefe's Arch. f. Ophthalmologie. Bd. 39. H. 2.*

Verff. beschreiben 2 Fälle, welche den grossen Vorteil der sog. Schrägaufnahmen des Schädels veranschaulichen. Die Vorteile — die schon Rhese hervorgehoben hat — sind, dass das fragliche Gebiet der Ethmoidalgegend in erheblich breiterer Fläche als bei den sagittalen Aufnahmen auf die Platte kommt, ferner, dass Frontalzellen, lateraler Teil des hinteren Siebbeins und ein Teil der Keilbeinhöhle unbedeckt von der Gegenseite auf die Platte kommen. Dazu kommt, dass das Foramen opticum und Umgebung beiderseits isoliert zu sehen sind. Verff. erläutern dies an 2 Fällen. Bei der Entscheidung der Frage, ob gleichzeitig auftretende Augen- und Nasenabweichungen im Zusammenhang miteinander seien, stösst man auf grosse Schwierigkeiten. Auch der Erfolg der Operation ist nicht

immer entscheidend. Es ist nach Eröffnung der hinteren Siebbeinzellen a priori eine Besserung zu erwarten, da die Blutentziehung bei der Operation schon temporär bessernd wirken kann. Auch spontane auf keine Weise zu erklärende Heilungen der Augenaffektion kommen vor, besonders auch bei der in Verbindung mit Nebenhöhlenerkrankungen am häufigsten auftretenden Neuritis axialis. Durch die Kombination von Schräg-, Sagittal- und Profilaufnahmen hat die Diagnostik der Nebenhöhlenerkrankungen wesentlich an Sicherheit gewonnen, so dass Verff. in Fällen mit Optikuserkrankungen bei negativem rhinologischen und röntgenologischen Befund keinesfalls mehr zur Eröffnung der Nebenhöhlen schreiten. Andererseits erscheint es wünschenswert, bei Optikuserkrankungen die Eröffnung der hinteren Nebenhöhlen vorzunehmen, so dass der rhinologische oder röntgenologische Befund der letzteren positiv ist.

FINDER.

21) **Strandbygaard. Ueber chronische Epiphora speziell mit Rücksicht auf West's Operation und Exstirpation der Tränendrüse.** Ophthalmolog. Gesellsch. in Kopenhagen. *Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Bd. 59. S. 169.*

Erwähnt die Physiologie der Tränenwege (Schirmer's Theorie), einige Fälle von West's Operation und Exstirpation der Tränendrüse.

In der Diskussion betont Lundsgaard, dass West's Operation beweise, dass Schirmer's Theorie unrichtig sei. Die Aspiration der Tränen muss eine Funktion der Canaliculi sein.

Ask steht da, wo es unbedingt notwendig ist, die von einer Dakryozystitis stammenden pathogenen Bakterien vom Konjunktivalsack fernzuhalten, z. B. beim Ulcus serpens und besonders zur Vorbereitung intraokulärer Eingriffe, der West-schen Operation zurückhaltend gegenüber und exstirpiert nach wie vor den Tränensack.

FINDER.

22) **R. Wissmann. Beiträge zur Klinik und Therapie orbitaler Entzündungen.** Aus der Univ.-Augenklinik Strassburg. *Arch. f. Ophthalm. Bd. 97. S. 275. 1918.*

Beschreibung von 15 Fällen, die für den Rhinologen zum Teil wegen der nasalen Komplikationen bzw. ihrer nasalen Entstehung grosses Interesse bieten.

W. teilt die Fälle in zwei Gruppen; die eine enthält Fälle, in denen die Symptome der Wanderkrankungen im Vordergrund standen, die andere solche, die hauptsächlich durch äussere Verletzungen und Erysipele zur Vereiterung des Orbitalinhalts, grösstenteils zu konsekutiver Meningitis führten.

Aus der ersten Gruppe sei der Befund erwähnt, dass verschiedentlich bei operativer Eröffnung der Kiefer- und Stirnhöhle kein Eiter, wohl aber solcher in den hinteren Siebbeinzellen gefunden wurde. W. betont daher mit Recht, dass in solchen Fällen trotz negativen rhinoskopischen Befundes nach Eröffnung der Stirnhöhle auch die Siebbeinzellen und eventuell die Keilbeinhöhle freigelegt werden sollen.

Die einzelnen Krankengeschichten mögen im Original nachgelesen werden.

DREYFUSS.

23) **Zade** (Heidelberg). **Beitrag zur Kenntnis des Exophthalmus bei Nebenhöhlenerkrankungen.** *Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 40. H. 3. 1918.*

35 jähriger Patient. Einseitiger Exophthalmus ohne Zeichen einer Nebenhöhlenerkrankung geht auf reichliche Jodgaben zum Teil zurück, obwohl der Prozess nicht luetischer Natur ist. Es ergibt sich daraus, dass der Kausalzusammenhang zwischen Jodtherapie und Besserung mit Vorsicht anzusehen ist. Nach einiger Zeit auftretendes Fieber von septischem Charakter klingt nach 2 Wochen ab, ohne dass der Augenbefund sich weiter ändert. Erst nach zweimonatiger Beobachtung wird ein Tumor in der Nase entdeckt, der zunächst für ein Sarkom der hinteren Siebbeinzellen gehalten wird. Bei Sondierung dringt die Sonde in die Vorderwand des Tumors ein, es entleert sich eine dicke, gelbliche, fadenziehende Flüssigkeit. Diagnose: Mukozele des Siebbeins. Mit dem Konchotom Abtragung der ganzen Vorderwand; es entleert sich weiter sehr reichlich Flüssigkeit. Danach geht in kurzer Zeit sowohl der Exophthalmus, wie die Augenmuskelstörungen, wie auch die Herabsetzung der Sehschärfe und ein kleines Skotom zurück. DREYFUSS.

24) **G. H. Poley** und **G. Wilkinson. Einseitige Blindheit, verbunden mit zystischer Ausdehnung der Kieferhöhle derselben Seite. (Unilateral blindness, associated with cystic distension of the maxillary antrum of the same side.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. März 1917.*

Verff. haben über einen solchen Fall bereits früher berichtet (Ophthalmic Review, Mai 1913); sie geben hier nochmals ein kurzes Resumé desselben: 31jähr. Frau, empfindet des Morgens beim Erwachen Trübung des Sehvermögens, im Laufe des Tages wird das Gesichtsfeld von unten nach oben zu immer mehr eingeengt. Bei der Untersuchung erweist sich das linke Auge als blind, Pupille unempfindlich gegen Licht. Rechtes Auge normal. Durchleuchtung: Linkes Antrum dunkel; Probepunktion ergibt strohgelbe Flüssigkeit. Innerhalb einer halben Stunde beginnt das Sehvermögen wiederzukehren. Am selben Abend Eröffnung der Höhle; ein kollabierter zystischer Polyp wurde vom Höhlenboden entfernt. Anlegung einer breiten Drainageöffnung im unteren Nasengang. Schnelle Wiederherstellung des Sehvermögens.

Der zweite — ausführlich hier mitgeteilte — Fall verhielt sich folgendermassen: 40jähr. Mann, klagt über Abnahme des Sehvermögens auf dem rechten Auge. Untersuchung ergab: Visus rechts $^6/_{60}$; keine Besserung durch Gläser; Pupille unempfindlich gegen Licht. Rechte Papille blass, auch die linke Papille blass; Sehvermögen links $^6/_{12}$. Wassermann negativ. Aus äusseren Gründen vergingen 4—5 Wochen bis zur Untersuchung der Nase; inzwischen war völlige Optikusatrophie eingetreten. In der Nase kein Eiter, keine Polypen, Durchleuchtung beider Seiten gleich hell. Röntgenaufnahme ergab jedoch Schatten in der rechten Kieferhöhle. Probepunktion rechts ergab strohgelbe Flüssigkeit. Eröffnung der Höhle von der Fossa canina; es fand sich eine kollabierte Zyste, die der Aussenwand dicht am Höhlenboden aufsass. Die Höhle war erweitert nach oben gegen die Gegend der vorderen Siebbeinzellen zu. Der Orbitalboden schien intakt. Entfernung der Zyste; Anlegung einer Gegenöffnung im unteren Nasengang. Das Sehvermögen rechts besserte sich nach der Operation nicht, das Sehvermögen links

verschlechterte sich sogar vorübergehend. Das Antrum wurde nochmals eröffnet, das Dach der Höhle mit Meissel und Zange abgetragen, die hinteren Siebbeinzellen eröffnet. Keine Besserung des Sehvermögens. FINDER.

25) **Dirat. Beitrag zum Studium der Kriegsverletzungen des Sinus maxillaris. (Contribution à l'étude des blessures de guerre du sinus maxillaire.)** *Diss. Lyon 1917.*

Die Arbeit basiert auf 95 von Lannois und Largnon beobachteten Fällen von Kriegsverletzungen genannter Nebenhöhlen.

Als Schussrichtung ist prognostisch am günstigsten die oblique oder transversale, sie ist auch die häufigste. Radiographie ist unerlässlich. Viele Fälle, namentlich die Durchschüsse heilen spontan oder wenigstens bei konservativer Behandlung, bei Steckschüssen und Knochensplitterung ist operatives Eingreifen notwendig, das Verfahren nach Caldwell-Luc ist das einfachste und beste.

Was die Beurteilung der Kriegsverletzungen der Kieferhöhlen anbelangt, so sind die leichten Fälle in verhältnismässig kurzer Zeit wieder dienstfähig bei der Front, andauernde Eiterungen eventuell auch ästhetische Störungen bedingen 5—10 pCt. Invalidität, schwerere 10—20 pCt. sowie Verwendung zum Hilfsdienst, noch schwerere völlige Dienstbefreiung. SCHLITTLER.

26) **Irwin Moore. Fremdkörper in der rechten Oberkieferhöhle seit 25 Jahren, Gesichtsneuralgie verursachend, durch Röntgenstrahlen entdeckt und durch die Fossa canina entfernt, nebst einigen Bemerkungen über Fremdkörper in der Oberkieferhöhle. (Foreign body in the right maxillary antrum for twenty-five years causing facial neuralgia, discovered by X rays and removed by operation through the canina fossa, with some remarks on foreign bodies in the maxillary antrum.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. Dezember 1917.*

76 jähr. Frau, seit Extraktion des rechten ersten oberen Molaris in Westindien im Jahre 1891 ständige Schmerzen unter dem rechten Auge; nach Versagen aller Mittel wurde ihr im Jahre 1911 der rechte Infraorbitalnerv reseziert, ebenfalls ohne Erfolg. Der Fremdkörper erwies sich als ein zylindrisches Stück Aluminium. Die Antrumschleimhaut war völlig gesund. Der Zahnarzt hatte wahrscheinlich nach Extraktion des Zahnes eine Kommunikation mit der Oberkieferhöhle entdeckt, hatte ein Stück Aluminiumröhre eingesetzt und dies in das Antrum geschoben.

FINDER.

27) **R. Imhofer. Ein Fall von Osteoperiostitis des Stirnbeins nach Grippe.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 4. 1919.*

20jähr. Soldat, der an Grippe erkrankt und bereits entfiebert war. Am 3. Tage Temperaturanstieg, Schwellung über der rechten Augenbraue, Oedem der Augenlider, Schmerzhaftigkeit, deutliche Fluktuation. Nasenhöhle gibt normalen Befund. Tiefe Inzision ergab dünnflüssigen Eiter. Man gelangt auf blossliegenden rauhen Knochen, der sich etwa 2 cm gegen die Glabella zu erstreckt. Heilung. Der Eiter wurde leider nicht bakteriologisch untersucht.

Da bei genauester Anamneseaufnahme und Untersuchung weder ein Trauma, noch eine sonstige Erkrankung nachgewiesen werden konnte, Stirnhöhle und Auge völlig gesund waren, fasst Verf. die Affektion als mit der Grippe in Zusammenhang stehend auf.

HANSZEL.

28) **Neil Maclay. Osteomyelitis des Schädels nach intranasaler Operation wegen chronischer Stirnhöhleneiterung. (Cranial osteomyelitis following upon intranasal operation for chronic frontal sinuitis.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. Juni 1917.*

Krankengeschichte einer Patientin, bei der im Anschluss an eine intranasale Stirnhöhlenoperation nach der Methode von Watson Williams Osteomyelitis des Schädeldachs auftrat. Trotz mehrfacher tiefer Inzisionen erfolgte Exitus. Bei der Sektion fand sich keinerlei Verletzung der Tabula interna oder der Lamina cribriformis. Unter der Dura fand sich eine dicke Eiterschicht, welche die Stirnlappen bedeckte. Stirnbein, Nasenbeine, Processus nasalis des Oberkiefers und Tränenbeine und die Lamina perpendicularis des Siebbeins waren von dem osteomyelitischen Prozess ergriffen.

FINDER.

29) **Sir St. Clair Thomson. Zerebralsymptome nach Nasenoperationen. (Cerebral symptoms after nasal operations.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. April 1917.*

Verf. berichtet zunächst über einen Fall von Meningitis serosa nach Moure-scher Operation wegen Epitheliom des linken Siebbeins und der Kieferhöhle. Ferner über zwei Fälle, in denen er bei der Operation mit der Luc'schen Zange durch die Lamina cribriformis eindrang und die Dura freilegte; in dem einen Fall handelte es sich um endonasale Entfernung eines malignen Tumors, in dem anderen um Moure'sche Operation wegen Epitheliom des Siebbeins. In beiden Fällen trat niemals irgendwelches beunruhigendes Symptom auf. Verf. zieht einen Vergleich zwischen den Gefahren der endonasalen Operationen und der verhältnismässigen Ungefährlichkeit einer Freilegung der Dura bei Mastoidoperationen und erörtert die Gründe dafür.

FINDER.

30) **Marten Payne. Nasendiphtherie und die Influenzaepidemie. (Nasal diphtheria and the epidemic of influenza.)** *Brit. med. Journ. 4. Januar 1919.*

Verf. hat in einer grossen Anzahl von Influenzafällen Abstriche aus der Nase gemacht und bei vielen einen positiven Befund von Klebs-Loefflerbacillen erzielt. Verf. ist der Ueberzeugung, dass eine grosse Anzahl von Todesfällen, die der Influenza zur Last gelegt werden, eigentlich durch Diphtherie bedingt waren.

FINDER.

31) **A. Döblin** (Berlin). **Nasenblutungen bei der Influenza. (Zu dem Vorschlag von Kantorowicz [Hannover]).** *Med. Klinik. No. 6. 1919.*

Die Ansicht von Kantorowicz, dass Fälle von Grippe mit Nasenbluten einen leichteren Verlauf als die ohne Nasenbluten nehmen, lässt sich aus grösserem Material nicht bestätigen. Bei rund 110 klinischen Grippefällen mit 35 pCt. Mortalität

fand sich in etwa der Hälfte aller Fälle Nasenbluten meist initial, bisweilen aber auch den ganzen Krankheitsverlauf hindurch bis zum Tode verfolgbar, auf die üblichen internen Styptika einschliesslich Gelatineinjektionen nicht reagierend. Damit wird auch der Vorschlag des prophylaktischen Aderlasses hinfällig.

SEIFERT.

32) **Edgar F. Cyriax. Knochengeschwulst des Nasenrachenraums, vorgetäuscht durch abnorme Stellung von Halswirbeln; Reposition, grosse Besserung. (Bony tumour of the naso-pharynx, simulated by malposition of cervical vertebral; reposition, great amelioration.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. August 1917.*

20jähr. Gesangschülerin klagt seit Jahren über mangelhafte Resonanz der Stimme und häufige Halsschmerzen. Sie hat die Neigung, den Kopf nach vorwärts gebeugt zu halten; beim Versuch, ihn gerade zu halten, tritt leicht Ermüdung ein. Drehbewegung des Kopfes nach links beschränkt, ebenso in geringerem Grade Drehung nach rechts. Bei Untersuchung des Nasenrachenraums mit dem Spiegel sah man einen Vorsprung nach vorn; die Differentialdiagnose schwankte zwischen Knochengeschwulst und Verschiebung der Halswirbel nach vorn. Bei Palpation konstatierte man, dass der Dornfortsatz des Epistropheus nach links abwich, auch der Dornfortsatz des 3. Halswirbels war etwas nach links verschoben, so dass er sich rechts von dem Dorn des Epistropheus, jedoch links von dem Dorn des 4. Halswirbels befand. Es wurde zunächst eine vorhandene starke Septumdeviation submukös reseziert, worauf eine Besserung der Stimmresonanz eintrat. Dann begann die Behandlung der Wirbelsäulendeformation, bestehend in passiven Bewegungen, vornehmlich rotatorischen Bewegungen in der Richtung der Bewegungsbeschränkung. Der Erfolg war nach 15 Sitzungen Verschwinden aller Symptome, Besserung der Singstimme, Geradehaltung des Kopfes; eine Deviation des Epistropheus und des 3. Halswirbels war nicht mehr fühlbar. FINDER.

33) **Becker** (Dillenburg). **Ueber neuere Schnupfentherapie.** *Der prakt. Arzt. No. 2. 1919.*

In den ersten 24—48 Stunden Bolusapplikation, in den ersten 6 Stunden $^1/_4$stündlich, dann alle halbe Stunden, und Nachbehandlung mit Eubomenth. Rhinovalin bringt Erleichterung, ebenso Coryza-Serol. SEIFERT.

c) Mundrachenhöhle.

34) **L. Réthi. Die operative Kürzung des Griffelfortsatzes des Schläfenbeins wegen Schlingbeschwerden.** *Wiener med. Wochenschr. No. 20. 1918.*

2 Fälle von abnorm langem Processus styloideus. Fall I (bereits berichtet Internat. klin. Rundschau, 1898): 28jähr. Patient, der seit 2 Jahren in der linken Tonsillargegend, namentlich beim Leerschlucken, Schmerzen hatte. Bei der Palpation fühlte man einen harten, rundlichen Gegenstand in der Tiefe, der federte und den Eindruck machte, dass er oben aussen und hinten seine Ansatzstelle habe. Operation: Verf. spaltete die Tonsille an der betreffenden Stelle und arbeitete

sich stumpf in die Tiefe und entfernte ein 1 cm langes Stück Knochen. Pat. seitdem beschwerdefrei. Fall II betrifft einen 30jähr. Patienten, verhält sich genau so wie der erste.

Dass in diesen Fällen Leerschlucken und eine kräftige Tongebung, besonders das Singen in hohen Lagen besonders schmerzhaft ist, dürfte daher rühren, dass die Ortsveränderung der Rachenwände, bzw. die Zerrung der betreffenden Schleimhautpartien, dabei grösser ist als beim Schlucken von Bissen. Verf. hält Enukleation der Tonsille nicht für nötig; es genügt, wenn man sich zu dem Griffelfortsatz stumpf präparierend Zugang verschafft und ihn auf diese Weize kürzt.

HANSZEL.

35) **Alma Ganz. Tonsilläre Infektionen als ätiologischer Faktor metastatischer Augenentzündungen.** *Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. Juli 1918.*

Mitteilung zweier Fälle aus der Marburger Augenklinik. Im ersten Falle war ohne bekannte äussere Veranlassung eine schleichende Netzhautentzündung mit Blutungen aufgetreten. Für keine der bekannten Grundlagen der Retinitis haemorrhagica waren Anhaltspunkte vorhanden. Die Krankheit dauerte 6 Monale; lokale und allgemeine Therapie waren erfolglos. Innere Organe normal. Die Tonsillen enthielten auffallend starke und reichliche Eiterpfröpfe. Es wurde die Exstirpation der Tonsillen vorgenommen. Der prompte Erfolg war eine fast völlige Wiederherstellung des erkrankten Auges. Die Sehschärfe stieg von $^{1}/_{60}$ auf $^{6}/_{10}$.

Im zweiten Falle hatte sich eine ungemein schleichende Iridozyklitis entwickelt, die zu fast völliger Verwachsung der Pupille und hochgradiger Sehstörung infolge massenhafter Glaskörpertrübungen führte. Alle Anhaltspunkte für eine Entstehung der Erkrankung fehlten. Zahlreiche Eiterpfröpfe in der linken Tonsille. Tonsillektomie hatte einen überraschend günstigen Erfolg in bezug auf die Iridozyklitis. Sehschärfe stieg von $^{1}/_{12}$ auf $^{6}/_{8}$, Glaskörper wurde völlig klar, die hinteren Synechien gingen bis auf einige alte ganz zurück.

Es müssen in allen Fällen intraokularer Erkrankung, wo die Ursachen nicht klar zutage liegen, auch die Tonsillen auf das eingehendste untersucht werden.

FINDER.

36) **E. E. Violet Glover. Historisches über die Tonsillektomie. (Historical account of tonsillectomy.)** *Brit. med. Journ. 21. Dezember 1918.*

Der erste Hinweis auf eine Exstirpation der Tonsillen mit dem Finger findet sich bei Celsus (De Medicina Cap. VII. Sect. 12). Acetius (490) macht bereits auf die Gefahr der Blutung bei Tonsillenexstirpation aufmerksam. Die Operation geriet dann lange in Vergessenheit bzw. Misskredit. Noch 1740 wurde sie besonders auf Anregung von Wiseman wieder anerkannt, besonders wurde sie von Caqué im Hôtel-Dieu in Reims ausgeführt; die Tonsille wurde mit einer Zange vorgezogen und dann mit Messer oder Scheide exstirpiert. Die alte Celsus'sche Methode der Fingerenukleation wurde 1860 von dem Italiener Borelli wieder aufgenommen.

FINDER.

d) Diphtherie und Croup.

37) **Ad. Bingel. Ueber Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum.** *Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 125. H. 4/6. 1918.*

Verf. hat innerhalb 4 Jahren am Braunschweiger Krankenhaus 937 behandelt und zwar hat er sie nach der Reihenfolge der Aufnahme abwechselnd mit antitoxischem Diphtherieheilserum (471 Fälle) und mit gewöhnlichem Pferdeserum (466 Fälle) behandelt. Verf. hat keinen nennenswerten Unterschied gesehen in dem Erfolg des antitoxischen Diphtherieheilserums gegenüber denen des gewöhnlichen Pferdeserums. Die Mortalität betrug bei Behandlung mit antitoxischem Serum 10pCt., bei Behandlung mit Pferdeserum 10,5pCt. Verf. hat sogar folgende Vorzüge der Behandlung mit gewöhnlichem Pferdeserum konstatiert: In unkomplizierten Fällen stiessen sich im Durchschnitt die Beläge schneller ab und die Bazillen verschwanden etwas schneller, so dass die Behandlungsdauer etwas kürzer war. Die Zahl der Diphtherievergiftungen, der Myokarditiden und Nephritiden war eine geringere. Es wurden weniger und kürzere Zeit andauernde Lähmungen beobachtet.

FINDER.

38) **J. L. Brownlie** (Glasgow). **Ein Fall von Diphtherie mit ungewöhnlichen multiplen Lähmungen. (A case of diphtheria presenting unusual multiple paralyses.)** *Lancet. 16. Februar 1918.*

$9^1/_2$jähr. Mädchen mit schwerer Rachendiphtherie erhielt vom 4. Krankheitstage 24000 I.E. subkutan und später noch 20000 I.E. per os. Es traten Lähmungen auf des Gaumens, des Rectus externus dexter, des Levator palpebr. sup. dexter, der Akkommodation und — ein besonders seltenes Vorkommnis — am 40. Tage Lähmung der rechten Zungenhälfte (Neuritis des Hypoglossus).

FINDER.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

39) **P. Gerber. Ueber Heiserkeit.** *Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 21. 1918.*

Für den allgemeinen Praktiker berechneter Vortrag, in dem zu den verschiedenen mit Heiserkeit einhergehenden Kehlkopferkrankungen der Zusammenhang der Laryngologie mit den übrigen Zweigen der Medizin und die daraus sich ergebende Bedeutung des laryngologischen Unterrichts gezeigt wird. FINDER.

40) **Otto Mayer. Zur Behandlung der eitrigen Perichondritis der Kehlkopfknorpel.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 5. 1919.*

Nach einer Kritik der von Hansberg mitgeteilten Statistik, welche zugunsten der Laryngofissur zu sprechen scheint, berichtet Verf., dass er innerhalb 5 Jahren (1913—1918) an der oto-laryngologischen Abteilung des Jubiläumspitals der Stadt Wien 11 Fälle von eitriger Perichondritis der Kehlkopfknorpel behandelt hat, und zwar:

Konservativ behandelt:	2	Fälle,	davon	2	Heilungen,	0	Todesfälle,
Inzision von aussen:	2	„	„	2	„	0	„
Tracheotomie:	5	„	„	3	„	2	„
Laryngofissur:	2	„	„	2	„	0	„

In zwei Fällen heilte also die Perichondritis, ohne dass ein Eingriff vorgenommen wurde; beidemal handelte es sich um Perichondritis eines Aryknorpels nach Angina; zweimal heilte sie durch Inzision von aussen, und zwar handelte es sich einmal um Perichondritis des Ringknorpels, in dem zweiten ziemlich komplizierten Fall um Perichondritis der Aryknorpel und Schwellung und Schmerzhaftigkeit rechts aussen am Halse. Trotz Inzision von aussen und ausgiebiger Drainage kam es später zur Senkung und Abszessbildung im I. Interkostalraum neben dem Sternum. Resektion des Sternalendes der Klavikula, Freilegung der Abszesshöhle, Drainage. Heilung. Von den 5 tracheotomierten Fällen handelte es sich in dem einen zum Exitus gelangten Fall um Perichondritis der Aryknorpel nach Grippe. Es handelte sich um eine Pyämie und auch die Perichondritis der Aryknorpel stellte nur eine Lokalisation des pyämischen Prozesses dar. Im zweiten Fall trat 18 Tage nach der Tracheotomie eine tödliche Blutung aus der Art. thyreoidea ein. Die übrigen zur Heilung gelangten tracheotomierten Fälle betrafen Perichondritiden der Aryknorpel. Von den durch Laryngofissur geheilten Fällen betraf der erste eine nach Typhus aufgetretene Perichondritis cricoidea mit Nekrose des Knorpels, der andere eine Perichondritis des Schildknorpels und Ringknorpels nach Granatschussverletzung. Verf. erklärt auf Grund seiner Erfahrungen: Es geht nicht an, für alle Fälle von eitriger Perichondritis die Laryngofissur nach vorhergeschickter Tracheotomie als Universalverfahren zu empfehlen, denn wir sehen, dass ein Teil der Fälle auf konservative Behandlung heilt, ein anderer Teil durch Inzision von aussen ohne Eröffnung des Larynx behandelt werden muss, bei anderen Fällen die Tracheotomie vorzunehmen und nur bei einem kleinen Teil die Tracheotomie indiziert ist."

In bezug auf die Aetiologie sei noch berichtet, dass von den hier berichteten Fällen drei im Anschluss an Grippe entstanden sind. HANSZEL.

41) **Judd** und **Mann. Die Wirkung von Traumen auf die Kehlkopfnerven. (The effect of trauma upon the laryngeal nerves.)** *Annals of surgery. 3. März 1918.*

Verff. verletzten experimentell den N. laryngeus inf. beim Hunde und beobachteten die Wirkung mittels direkter Laryngoskopie. Völlige Durchtrennung beider N. recurrentes unterhalb der Schilddrüse bewirkte Aphonie, Atemnot und Unfähigkeit zu schlucken. Durchtrennung eines N. recurrens bewirkte völlige Lähmung des betreffenden Stimmbandes; dasselbe erfolgte bei Unterbindung des Nerven. Kurzdauernde Zerrung am Nerven hat keine Folgen; näht man jedoch den Nerv unter Dehnung und Spannung für einige Zeit an einen Muskel an, so tritt Lähmung ein. Quetscht man den Nerven, wie es bei der Schilddrüsenoperation vorkommt, mit der Pinzette, so tritt eine Lähmung ein, die innerhalb 30 bis 60 Tagen wieder zurückgeht. Sorgfältige Freilegung des Nerven führt niemals eine Lähmung herbei. FINDER.

42) **Otto Seifert. Chorditis fibrinosa.** *Med. Blätter. No. 11. 1918.*

In einer früheren Arbeit (Arch. f. Laryng. Bd. XXX. H. 1) hatte S. seine an der Würzburger Poliklinik während des ersten Kriegsjahres über Chorditis fibrinosa gemachten Erfahrungen niedergelegt; er hatte damals unter 805 die Poli-

klinik besuchenden Militärpersonen die ungewöhnlich hohe Zahl von 38 Fällen von Chorditis fibrinosa gefunden.

Die vorliegende Publikation bezieht sich auf das zweite Kriegsjahr 19. Sept. 1915 bis 20. Sept. 1916. Unter 1029 Militärpersonen fanden sich 57 Fälle von Chorditis fibrinosa, sicher ebenfalls eine ungewöhnlich hohe Zahl. Dazu kamen 9 Fälle aus der Zivilbevölkerung der Poliklinik.

Eine tabellarische Uebersicht lässt erkennen, dass die Monate August und September völlig frei blieben, von Mitte Oktober bzw. Mitte November an die ersten vereinzelten Fälle zur Kenntnis gelangten und während der Monate Juni und Juli auch wieder die Fälle vereinzelt auftraten. Von Anfang Dezember an steigt die Zahl der Erkrankungen, um während des Monats Februar die grösste Höhe zu erreichen, im Monat März zeigt sie noch eine relative Höhe, um im April und Mai langsam abzunehmen. Bei Individuen unter 18 und über 50 Jahren wurde die Affektion nicht beobachtet. Komplikationen wurden nicht beobachtet.

FINDER.

*43) **Paul Klemperer. Diphtheritische Entzündung der Luftwege, hervorgerufen durch Influenzabazillen.** *Wiener med. Wochenschr. No. 34. 1918.*

Mitteilung eines tödlich verlaufenden Falles. Obduktion ergab, dass die Hinterfläche der Epiglottis, die Wand des Kehlkopfs und beide Stimmbänder von einer festen graubraunen diphtheritischen Membran bedeckt waren. Die gleiche Veränderung fand sich in der Trachea bis zur Bifurkation und in den grossen Bronchien. Untersuchung auf Diphtherie negativ. Kulturverfahren ergab gramnegative sehr kleine unbewegliche Stäbchen, die durch ihr Wachstum auf der Pfeifferschen Blutagarplatte sowie ihr streng hämoglobinophiles Verhalten als Influenzabazillen identifiziert wurden.

HANSZEL.

44) **Gustav Hofer** und **Karl Kofler. Ueber die äusseren Larynxoperationen wegen maligner Tumoren.** *Wiener klin. Wochenschr. 5. Sept. 1918. No. 36.*

Bericht über 67 in den letzten vier Jahren (seit 1914) an der Klinik Chiari behandelte Fälle.

I. Thyreotomien 21 Fälle. Verff. legen besonderen Wert neben der exakten Abtamponade der Ringknorpelenge während und nach der Operation auf die exakte und länger dauernde Tamponade des Wundbettes nach der Operation. Sie führen die Tamponade doppelt aus, d. h. gegen die Ringknorpelenge zu zum Schutz geger das Einfliessen von Wundsekret in die Trachea und ausserdem die Tamponade des Wundbettes als solchen. Unterhalb des eröffneten Kehlkopfs in die Ringknorpelenge kommt ein mit Fett getränkter festsitzender Kopftampon aus klebender Jodoformgaze (Jodoformtanningaze) zu liegen, in den eröffneten Larynx und auf das Wundbett eine gewöhnliche feste Lage dieser Gaze, welche den Hohlraum völlig auskleidet. Der Tampon bleibt mindestens 6 Tage liegen.

Unter den 21 Fällen waren 3 postoperative Blutungen; dieselben betrafen Blutungen aus dem Stumpf eines während der Operation resezierten Schilddrüsenmittellappens und Arrosionsblutungen der oberen Schilddrüsenarterien. Es waren 4 postoperative Todesfälle zu verzeichnen, einmal Phlegmone des Wundbettes,

dreimal Blutungen. Rezidive sind nicht zu verzeichnen, jedoch muss bemerkt werden, dass nur 8 Fälle länger als zwei bzw. drei Jahre beobachtet sind.

II. Halbseitige Exstirpation 16 Fälle. Operiert wurde nach Billroth und Gluck. Verff. halten die Gluck'sche Methode nur für vereinzelte Fälle für geeignet. In jenen Fällen, wo man gezwungen ist, den Ringknorpel vollständig zu entfernen und wo nicht der ganze hintere Anteil der Schleimhaut der Ringknorpelplatte erhalten werden kann, tut man gut, wegen der nachfolgenden Schluckbeschwerden von der halbseitigen zugunsten der totalen Exstirpation des Larynx abzusehen. Verff. belegen dies durch Beispiele.

Von den 16 Fällen starben 7 infolge der Operation (1 Blutung, 6 Pneumonien). Von den 9 überlebenden starben 4 später an Rezidiven, 1 starb wegen Rezidiv noch in Behandlung, 1 akquirierte ein kleines Rezidiv am vorderen Schildknorpelrande der stehengebliebenen Seite, der radikal entfernt werden konnte. Die übrigen sind — meist seit über 2 Jahren — geheilt.

III. Totalexstirpation 30 Fälle. Verff. operieren grundsätzlich nach Gluck, schicken aber, je nach Bedarf, die Tracheotomie voraus. Das Material ergibt keinen prognostischen Unterschied in bezug auf vorausgeschickte Tracheotomie und einzeitige Operation. Vorausgeschickt wird der Operation jedesmal die beiderseitige Drüsenausräumung auch der supraklavikulären Drüsen. In ein paar Fällen haben Verff. durch besonderes Verfahren ein weitklaffendes Tracheostoma zu erzielen gesucht, um das Tragen der Kanüle unnötig zu machen.

Bei etwa eintretender Nachblutung halten Verff. die sofortige Freilegung des ganzen infizierten Wundbettes für erforderlich. Mit der Unterbindung der Vena jugularis interna haben Verff. keine guten Erfahrungen gehabt.

Von den 30 Fällen erlagen 5 einer Phlegmone und Blutung, 4 Fälle einer postoperativen Pneumonie und 1 Fall einem akuten Hirnödem infolge Unterbindung beider grossen Halsvenen. Von den restierenden 20 Fällen sind geheilt: über ein Jahr 12 Fälle, von diesen sicher über drei Jahre 2 Fälle, wobei das spätere Schicksal der übrigen Fälle nicht mehr sicher in Erfahrung gebracht werden konnte. Drei Fälle sind erst wenige Wochen nach der Operation und vier Fälle akquirierten innerhalb des ersten halben Jahres ein unheilbares Rezidiv.

HANSZEL.

45) **Johann Fein. Zur Anwendung der Hypopharyngeskopie.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 1. 1919.*

Der Fall zeigt die Bedeutung der v. Eicken'schen Untersuchungsmethode. 48jährige Frau; seit einigen Monaten Schluckbeschwerden, im Speichel zeitweise etwas Blut. Das Leiden wurde von verschiedenen Aerzten als „nervös" bezeichnet. Die erste laryngoskopische Untersuchung zeigt als wichtigen Befund ein kleines Blutgerinnsel am Oesophaguseingang zwischen den Aryknorpeln. Hypopharyngoskopie zeigte an der Hinterfläche der Ringknorpelplatte einen etwa birnengrossen unregelmässig halbkugeligen Tumor, in dessen Mitte ein feuchter kraterförmiger Substanzverlust war. Probeexzision ergab Plattenepithelkarzinom. Pat. wurde von Prof. Büdinger operiert: Eröffnung der Speiseröhre von aussen hinter dem

Kehlkopf, Exstirpation des etwa 4 cm im Durchmesser zeigenden Tumors ohne quere Resektion der Speiseröhre. Vier Monate später Exitus an Metastasen.

HANSZEL.

f) Schilddrüse.

46) **Wilhelm Hagen. Die biologische Bedeutung der Schilddrüse im Organismus.** *Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 19. No. 3. 1916.*

Umfangreiche, zum Referat nicht geeignete Arbeit. FINDER.

47) **Kreglinger. Zur Kenntnis der primären Sarkome der Schilddrüse mit seltenen Metastasen.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 111. H. 2. 1919.*

Der Fall betraf einen 26jährigen Patienten. Er war klinisch ungemein schwer zu beurteilen, ganz besonders deshalb, weil der Primärtumor bei seiner Kleinheit völlig symptomlos verlief und infolgedessen der Diagnose verborgen blieb, die Metastasen des Magens und der Gallenblase vielmehr das ganze Krankheitsbild beherrschten. Man dachte nach den klinischen Symptomen an einen Tumor des Magens oder der Gallenblase, dessen Malignität aus den multiplen Hautmetastasen und der progredienten Kachexie der Kranken gefolgert wurde. Um so überraschender war der Obduktionsbefund in Form eines primären Tumors der Schilddrüse mit den zellreichen und seltenen Körpermetastasen. FINDER.

48) **R. Hofstätter. Ueber die Rolle der Hypophyse beim Morbus Basedowii.** *Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 31. H. 1/3.*

Das Hauptergebnis der Arbeit ist, dass einzelne Symptome beim Morbus Basedow (Erscheinungen von Seiten der Körpertemperatur, Polyurie, Polydipsie, einzelne tropische Störungen und die Fettverteilung) sich ungezwungener durch eine Schädigung der Hypophyse erklären lassen, als durch die Hyperaktivität der Schilddrüse; dafür sprechen auch die Erfolge der hypophysären Therapie. Die Annahme jedoch von Salmon, dass der Hypophyse die Hauptrolle in der Aetiologie des Morbus B. zufalle, scheint nicht haltbar; die der Hypophyse zugeschriebenen Symptome sind nicht die Hauptsymptome der Erkrankung und ebenso beziehen sich die durch hypophysäre Medikation erzielten Besserungen bei Basedow nicht auf die Kardinalsymptome. Neben der konstitutionellen Minderwertigkeit im Sinne von Chvostek spielt doch bei der Basedowkrankheit die Thyreoidea die Hauptrolle; die Veränderungen an der Hypophyse dürften nicht die Ursache, sondern die, wenn auch sehr frühzeitig auftretende Folge der Erkrankung sein. Bei Anfangsfällen und wenn gegen die Operation irgend eine Kontraindikation besteht, sowie bei Restieren einzelner Symptome nach der Operation wird man neben anderen therapeutischen und hormonalen therapeutischen Versuchen auch Hypophysin mit Erfolg anwenden können; bei deutlich vergrösserter Schilddrüse und hervorstechenden thyreotoxischen Symptomen ist die Operation sicher berechtigt und notwendig. FINDER.

g) Oesophagus.

49) **H. Curschmann. Zur Diagnose und Tuberkulinbehandlung des tuberkulösen Oesophagusgeschwürs.** *Klin. Beitr. zur Klinik der Tuberkulose. H. 3. 1917.*

27jährige Patientin, die im 12. Lebensjahr an tuberkulöser Peritonitis, mit 18 Jahren an Pleuritis sicca und mit 25 Jahren an tuberkulöser Ulzeration der Portio gelitten hatte. Ein Jahr danach Schluckbeschwerden und Abmagerung; es wurde eine tuberkulöse Stenose des Oesophagus mit Dilatation des darüber liegenden Abschnittes festgestellt. Heilung durch Behandlung mit Tuberkulin Rosenbach. Eine probatorische Injektion hatte starke Herd- und Allgemeinreaktion hervorgerufen.

FINDER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 22. April 1918.

Vorsitzender: Killian.

Halle: 1. Ein ungewöhnlicher Fall von Fremdkörper im Oesophagus.

Knochenstück mit spitzen Fortsätzen, die sich fest in die Wand eingehakt hatten; Entfernung gelang nur mit grossen Schwierigkeiten mit Hilfe des stumpfen Hakens.

2. Zur Operation der Gaumenplastik.

Vorstellung eines Falles, der nach der Methode von Esser mittels Bildung eines Nasolabiallappens operiert ist.

3. Plastik am Oberlid mit Radikaloperation der Stirnhöhle.

Es handelte sich um eine Verwundung des Oberlids mit teilweisem Lidverlust, ausserdem bestand starke Eiterung aus der Orbitalhöhle. Nach Entfernung von Sequestern des Orbitaldachs wurde der Defekt der Konjunktiva des Oberlids durch Lappenverschiebung, der der Haut durch einen kleinen Stiellappen aus der Haut der Nase gedeckt. Es trat dann aber wieder eine starke Eiterung aus der Orbitalhöhle auf, die auf eine Fistel der Stirnhöhle deutete. Freilegung der letzteren ergab Eiter und Granulationen sowie markstückgrossen Defekt an der Hinterwand, wo die mit Granulationen bedeckte Dura freilag. Es wurde nur das Orbitaldach, soweit die Stirnhöhle reichte, sorgsam entfernt, die Höhle bis in den Winkel hinein ausgekratzt, die Wunde primär vernäht, nachdem eine breite Kommunikation zur Nase hergestellt war. Heilung mit gutem kosmetischen Erfolg.

Killian: Fall von Karzinom im Larynx.

Der Tumor sass im Sinus pyriformis. Der Fall wird vorgestellt wegen einer besonderen Art des Vernähens der Rachenschleimhaut. Nach K.'s Ansicht hängt

der Erfolg der Laryngektomie davon ab, dass man primär eine dichte Naht anlegt. Katgutnähte quellen bald und die Knoten lockern sich oft. K. näht daher mit Seide, und zwar so, wie die Chirurgen bei der Darmnaht verfahren, d. h. er verlegt den Knoten, damit der Seidenfaden durch Infektion im Gewebe keinen Schaden stiftet, nach hinten, so dass der Faden sich nach dem Pharynxlumen zu abstösst. Der Fall ist primär geheilt.

Verf. warnt vor Allgemeinnarkose bei Totalexstirpation des Larynx; er wendet Skopolamin-Morphium und Lokalanästhesie an. Das Krankenzimmer soll in den ersten 8—10 Tagen eine Temperatur von 18—20° R haben; man kann dann damit rechnen, dass die Patienten nur eine leichte Bronchitis bekommen.

Finder: Fall von ausgedehnter Tuberkulose des Naseninnern.

Soldat in französischer Gefangenschaft März 1917 angeblich wegen Geschwulst in der Nase von aussen operiert. Man sieht rechts eine bogenförmige Narbe, die ungefähr dem Schnitte entspricht, wie man ihn bei äusserer Siebbeinoperation macht. Die Nase ist beiderseits verlegt durch vom Septum ausgehende grosse bis in den Naseneingang reichende Tumoren; hinter denselben besteht eine Perforation des Septums. Das ganze Naseninnere, Nasenboden, Muscheln in schwammige, bei Berührung leicht blutende Massen umgewandelt. Untersuchung ergab histologisch Tuberkulose. Die Verbreiterung des Nasenrückens, die teigige Schwellung über demselben scheint dafür zu sprechen, dass das knöcherne Nasengerüst ebenfalls erkrankt ist. Auf der Wange Effloreszenzen, deren tuberkulöse Natur von dermatologischer Seite bisher nicht sicher gestellt ist. Da bei der ausgedehnten Form der Erkrankung eine operative Behandlung aussichtslos erscheint, so will F. in diesem Fall einen Versuch mit dem Friedmann'schen Tuberkulosemittel machen.

Halle: Fälle zur Ozaenaoperation nach modifizierter Methode.

H. hält es nicht für theoretisch begründet, wenn man bei der von Lautenschläger vorgeschlagenen Methode so lange die Oberkieferhöhle vom Munde her offen halten soll. H. hat ursprünglich folgende Methode befolgt: Er hat entlang dem vorderen Ansatz der mittleren und unteren Muschel einen Schnitt durch Schleimhaut und Periost angelegt, ebenso entlang dem unteren Nasengang, die ganze Nasenwand gemäss dieser Dreieckslinie durchmeisselt, nach innen geklappt und die Schleimhaut des Septums und der unteren Muschel angefrischt. Dann wurde durch längere Tamponade die Seiten- und Scheidewand aneinander gedrängt, bis sie miteinander verwachsen waren. H. hat dies Verfahren jetzt modifiziert, indem er nicht mehr die Schleimhaut im unteren Nasengang durchschneidet, sondern sie vom vorderen Schnitt abhebelt, nach der Mitte umklappt und nunmehr erst den Knochen der Nasenseitenwand mit der Schleimhaut in der Höhle durchschlägt. Er stülpt also die Schleimhaut des unteren Nasengangs mit hinein in die Nasenhöhle. Er kann auf diese Weise die ganze Höhle übersehen und sich überzeugen, ob sie krank ist. Vorstellung einiger 20 operierter Fälle; bei zwei wurde eine ausgesprochene Erkrankung der Nasenhöhlen gefunden, bei den anderen war die Schleimhaut derselben ohne makroskopische Veränderung.

Schönstadt stellt zwei nach seinem Verfahren operierte Ozaenafälle vor.

Lautenschläger: Mikroskopische Präparate zur Ozaena.

Es kommt L. vor allem darauf an, zu zeigen, dass auch an makroskopisch einwandfreien Nebenhöhlenschleimhäuten mikroskopisch Erscheinungen einer chronischen Entzündung zu finden sind. Auffallend ist besonders bei einer Reihe von Präparaten die enorme Verdickung der Basalmembran, ferner die Vermehrung des Bindegewebes im allgemeinen und insbesondere des subepiihelialen Bindegewebes. Auffällig ist ferner die starke entzündliche Verdickung der Gefässwände und die bindegewebige Verdickung der Adventitia. Makroskopisch findet man in den Nebenhöhlen bei Ozaena selten freien Eiter. Die Schleimhaut sieht unverdächtig aus, bis man sie vom Knochen ablöst.

Haike: Es wäre nötig, nicht nur bei Ozaena, sondern auch in anderen Fällen, z. B., bei chronischen Rhinitiden die Schleimhaut der anscheinend gesunden Nebenhöhlen mikroskopisch zu untersuchen. Gutzmann.

III. Briefkasten.

Am 7. März feiert Professor Paul Heymann in Berlin, bei seinen Fachgenossen ausser wegen seiner sonstigen reichen literarischen Tätigkeit besonders geschätzt als Herausgeber des bekannten Handbuchs der Laryngologie und Rhinologie, seinen siebzigsten Geburtstag. Das Centralblatt spricht dem verehrten Jubilar, den es zu seinen gelegentlichen Mitarbeitern zählen darf, zu diesem Tage die herzlichsten Glückwünsche aus.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXV. Berlin, März. 1919. No. 3.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Braus. Der Luftweg und der Schlingweg.** Naturhistor. Verein in Heidelberg, Sitzung vom 11. Juni 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. S. 1120. 1918.*

Beim Schlucken findet nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, eine Ueberkreuzung der Luftwege statt, die durch den Kehldeckel geschlossen werden müssen, sondern ein Hervorziehen des Kehlkopfs unter die Zunge. Ein Schutz vor Verschlucken durch Herunterklappen der Epiglottis kommt erst als zweite Sicherung in Frage, ebenso ein Verschluss des Kehlkopfs mittels der aryepiglottischen Falten. Als Verschluss gegen die Nase legt sich das Gaumensegel gegen den Passavant'schen Wulst der hinteren Rachenwand. Beim Vierfüssler reicht die Epiglottis bis zu den Choanen und die Speisen können an ihr wie an einem Wellenbrecher vorbei direkt in die Speiseröhre fliessen. Die Umstellung der Epiglottis ist bedingt durch die Entwicklung zum aufrechten Gang. R. HOFFMANN.

2) **F. Henke** (Königsberg). **Ueber Blutungen, insbesondere Mundschleimhautblutungen und -veränderungen bei Erkrankungen mit hämorrhagischer Diathese, zugleich ein Beitrag zu dem Kapitel: Lokale Spirochätosen.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinologie. Bd. 32. H. 1.*

Henke unterscheidet zwischen Blutungen, die ohne jede makroskopisch sichtbare Veränderung der Mundschleimhaut auftreten, und solchen, die nur eine Folge vorher makroskopisch sichtbarer Veränderungen der Schleimhaut sind. Zu den ersteren, die schubweise, foudroyant und sehr stark, fast unstillbar auftreten, gehören die Blutungen der Mundschleimhaut bei hämorrhagischer Diathese infolge schwerer septischer Infektionskrankheiten (Staphylo-Streptokokkensepsis, Malaria usw.), bei dem Morbus maculosus Werlhofii, bei der akuten Leukämie, vorgeschrittener perniziöser Anämie, der Anaemia pseudo-leucaemica der Kinder, bei Vergiftungen durch sogenannte Blutgifte, sowie bei akuten Exanthemen. Vereinzelt treten diese Blutungen auf nach Vakzinationen, Serumkrankheiten sowie Idiosynkrasien gegen gewisse Medikamente. Pathologisch-anatomisch hat Verf. eine

oft hochgradige Verminderung der Zahl der Blutplättchen beobachtet. Im Gegensatz zu diesen Blutungen stehen die, welche nur an den bereits vorher makroskopisch sichtbar pathologisch veränderten Schleimhautpartien vorkommen, und zwar meist am Zahnfleischrande beginnend. Diese Erkrankungen zeigen einen langsamen, oft sogar chronischen, niemals jedoch akuten Charakter. Derartige Blutungen kommen vor bei Skorbut, Möller-Barlow'scher Krankheit, chronischer Ruhr, chronischem, ruhrartigem Darmkatarrh, langdauerndem Typhus, Paratyphus A und B, Tuberkulose, Leukämie, chronisch verlaufender Pseudoleukämie und perniziöser Anämie, Marasmus und Kachexie. Eine Veränderung der Blutplättchen hat Verf. hier nicht beobachtet. Verf. verbreitet sich dann noch genauer über die Mundschleimhauterkrankung bei Skorbut. Die hämorrhagische Diathese bei diesen letzteren Krankheiten entstehen in der Hauptsache durch Diurese, nicht durch Diapedese. Eine spezifische skorbutische Gingivitis oder Stomatitis gibt es nicht. Bei diesen Stoma- und Gingivitiden, wie auch bei der Stomat. mercurialis findet man massenhafte Spirochäten und fusiforme Bazillen, welche dem Verf. für die Entstehung dieser Erkrankungen im höchsten Masse wichtig erscheinen, insofern als diese an sich im Munde vorhandenenen Lebewesen durch die Allgemeinerkrankung virulent werden. Gerber gibt auch an, dass der Krankheitsprozess durch Salvarsanpräparate günstig beeinflusst wird.

BRADT.

3) **Matthes** (Königsberg). **Klinisches zur Grippe.** *Med. Klinik. No. 2. S. 55. 1919.*

Im Verlaufe der Epidemie wurden beobachtet: Nasenbluten, Perichondritis, Tracheitis, Blutungen auf serösen Häuten, Polynukleose.

SEIFERT.

4) **Gerber** (Königsberg). **Ueber Grippe.** *Med. Klinik. No. 2. S. 55. 1919.*

Bericht über Erkrankungen der Nasennebenhöhlen, Septumabszess und -ödem, über fibrinöse Erkrankungen der Respirationsorgane und enzephalitische Rekurrensparese.

SEIFERT.

5) **R. Korbsch** (im Felde). **Zur Bakteriologie der Influenzaepidemie.** *Med. Klinik. No. 3. 1919.*

Die Sektion und bakteriologische Untersuchung dreier unter schwerer Dyspnoe mit Zyanose nach kurzem Krankenlager verschiedenen Grippefälle ergab eine Komplikation mit Diphtherie, die nur in den untersten Abschnitten der Atmungswege ihren Sitz hatte und deshalb der klinischen Diagnose entgangen war. Die in der Trachea von Influenzaverstorbenen so oft angetroffenen Membranen können gelegentlich auch einmal echte Diphtheriebazillen enthalten, und am Krankenbett sollte man in derartig schweren Fällen von Influenza stets an diese Komplikation denken.

SEIFERT.

6) **D. v. Hansemann** (Berlin). **Akute Leukämie.** *Med. Klinik. No. 1. 1919.*

Ohne den Blutbefund würde man vielleicht gar nicht auf den Verdacht gekommen sein, dass es sich bei dem 46jährigen Landsturmmanne um eine akute Leukämie handelte, doch war die nomaähnliche Gangrän des Rachens verdächtig, wenn auch nicht eindeutig.

SEIFERT.

7) **Kriebel. Rhinosklerom.** Med. Sektion der Schles. Gesellschaft f. vaterländ. Kultur zu Breslau, Sitzung vom 15. Februar 1918. *Berliner klin. Wochenschr. No. 26. S. 629. 1918.*

K. beobachtete 6 Fälle in zwei Jahren, 3 davon waren russische Kriegsgefangene, einer eine Zivilperson aus Russisch-Polen und 2 stammten aus Schlesien.

Die Diagnose ist leicht, wenn man nur an die Möglichkeit der Krankheit denkt. Histologische Untersuchung kann täuschen. Typische Kapselbazillen immer zu finden. Aussichtsvollst die serologische Diagnose. Agglutination des Serums Skleromkranker mit dem Bacillus rhinosclerom. bis 1 : 100 Komplementablenkung vorhanden. Doch fand K. sie nicht so einwandfrei wie andere Untersucher. Für höchst beachtenswert hält K. die epidemiologische Bedeutung. Er verlangt staatliche Aufsicht über diese Volksseuche, Gründung eines Zentralinstituts auch in Schlesien, das dem verseuchten Gebiete am nächsten liegt, Aufklärung der praktischen Aerzte über die Diagnose, Behandlung in einem mit allen Mitteln eingerichteten Zentralinstitut, das von sachkundigen Aerzten geleitet wird.

Therapeutisch verspricht die Immunisierung am besten mit Autovakzin die besten Erfolge.

R. HOFFMANN.

8) **Friedberger** (Greifswald). **Ein Leprafall in der Nähe von Greifswald.** *Med. Klinik. No. 3. S. 81. 1919.*

Ein in Brasilien geborener 23jähriger Mann kam im 10. Lebensjahre nach Deutschland und wurde Zahntechniker. Lepröse Erscheinungen an den Extremitäten, die Gesichtshaut nahm mit der Zeit eine bläuliche Farbe und gedunsene Beschaffenheit an. Im Sekret Leprabazillen mit typischer Anordnung.

SEIFERT.

9) **Fink. Ulsanin bei Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege.** Aerztlicher Verein zu Hamburg, Sitzung vom 14. Mai 1918. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 39. S. 1095. 1918.*

Ulsanin ist chemisch Hydrojodborat, ein weisses krystallinisches Pulver, stark hygroskopisch, das schon bei Berührung mit der Luft durch Ausscheidung von Jod sich gelb färbt. Noch intensiver ist die Jodausscheidung bei Berührung mit Wasser. Bringt man Ulsanin auf eine Geschwürsfläche, so bildet sich sofort ein dunkelbrauner Schorf, der eine Zeit lang fest haftet. Das ist eine wertvolle Eigenschaft bei Behandlung der ulzerösen Larynxtuberkulose, wenn Geschwüre in der Arytänoidalgegend oder am Epiglottisrande sitzen und schmerzhafte Dysphagie erzeugen. Durch Ulsanin wird diese für 6—8 Stunden oder noch länger beseitigt. Fährt man mit der Behandlung systematisch fort, so schwindet nicht nur die Dysphagie, sondern auch die Geschwüre heilen, und zwar sehr viel schneller als durch jede andere bisher bekannte Medikation.

Ausser bei ulzeröser Larynxtuberkulose hat sich Ulsanin auch zur Behandlung des Lupus der Nase bewährt.

R. HOFFMANN.

b) Nase und Nasenrachenraum.

10) **A. Ghon. Zur Sektion der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen.** Aus dem pathol.-anat. Institut der Deutschen Univ. in Prag. *Virchow's Arch. Bd. 222. S. 250.*

Nach einer kritischen Uebersicht über die bisher gebräuchlichen Sektionsmethoden (Schalle, Harke, Beneke, Löwe, Westenhöffer, v. Hansemann, Neuwerck, Rokitansky) beschreibt Verf. seine eigene, die den sagittalen und frontalen Schnitt durch die Schädelbasis von oben her vereinigt und damit die besonderen Vorteile beider Schnitte verbindet. Eine Verunstaltung der Leiche erfolgt nicht. Die Einzelheiten über die Technik der Methode sind im Original nachzulesen.

FINDER.

11) **Schirmer** (Bad Salzschlirf). **Ueber Geruchsstörungen nach Katarrhen der Nasenhöhle. (Zum gleichnamigen Artikel von F. B. Hofmann in No. 49, 1918 dieser Wochenschrift.)** *Münchener med. Wochenschr. No. 8. S. 214. 1919.*

Verf. berichtet ebenfalls über an sich beobachtete, nach einem Katarrh aufgetretene Anosmie, bzw. Hyposmie, die dann allmählich wieder verschwand. Zeitweise zeigten sich Parosmien.

Es kam vor, dass riechende Substanzen auf der einen Nasenseite ganz andere Empfindungen auslösten, wie auf der anderen Seite, so dass z. B. Kartoffelsuppe rechts an den Geruch von Erdbeeren, links an chinesischen Tee erinnerte.

Jetzt besteht eine gewisse Hyperosmie.

KOTZ.

12) **v. Brücke. Zur Kenntnis des Reflexes von der Nasenschleimhaut auf die Herznerven.** *Zeitschr. f. Biologie. Bd. 67. H. 11/12.*

Verf. hat den Reflex von der Nase auf das Herz durch Einblasen von Chloroform an Kaninchen vor und nach Ausschaltung der Vagi und Accelerantes untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass — wenigstens bei manchen Kaninchen — die Erregung der sensiblen Trigeminusfasern in der Nasenschleimhaut sowohl eine reflektorische Erregung der herzhemmenden Vagusfasern, als auch eine Hemmung der tonischen Erregung der fördernden sympathischen Fasern ausübt, wie dies schon Knoll vermutet hat.

FINDER.

13) **Agda Hofvendahl. Einige Studien über die nasalen „Reflexneurosen“.** *Acta oto-laryngologica. Bd. 1. H. 2/3. 1918.*

Da man beim reflektorisch von der Nase ausgelösten Asthma bronchiale folgende Prodrome beobachten kann: Verstopfung der Nase, Niesen, wasserklares Sekret kurz vor dem Eintreten des Asthmaanfalles, so ist an die Möglichkeit zu denken, dass die „nervösen“ Schnupfen der Ausdruck einer gleichartigen, wenn auch verschiedenen Reizung sind, wie das Asthma. Heuschnupfen kann, was den Grad der Reizung anbetrifft, zwischen diese beide Formen eingeschoben werden. Verf. ist geneigt, Asthma sowohl wie die vasomotorischen Rhinitiden zurückzuführen auf eine Reizung des parasympathischen Systems durch das Blut. (Die vom Mittelhirn, Medulla oblongata und Sakralmark kommenden Fasern bilden

das von Langley so benannte parasympathische System, früher kraniales bzw. sakrales autonomes System genannt.) Am deutlichsten ist eine Vermehrung der mononukleären-eosinophilen Zellen beim Asthma; bei den vasomotorischen Rhinitiden hält sich die Vermehrung dieser Zellen an der oberen Grenze der in der Literatur als normal angegebenen Werte. Auf Reizung des parasympathischen Systems führt Verf. das reichliche wasserklare Sekret zurück. Bei „nervösem" Schnupfen wirkt ebenso wie bei Asthma das Atropin günstig, durch welches das parasympathische System gelähmt wird. Experimentelle Untersuchungen bei einem Asthmapatienten mit hyperplastischer Ethmoiditis und bei Patienten mit vasomotorischer Rhinitis ergaben, dass Einspritzungen von Pilokarpin — welches reizend auf das parasympathische System wirkt — Verstopfung der Nase und wasserklares Sekret, bei den Asthmapatienten auch einen typischen Asthmaanfall hervorriefen.

In 3 der beschriebenen Fälle rechnet Verf. mit Tuberkulose als auslösendem Moment, und zwar sieht er als wahrscheinlich an, dass das Toxin elektiv auf das parasympathische System einwirken könnte, hält es auch für möglich, dass eine direkt mechanische Wirkung durch tuberkulöse Herde auf das parasympathische System nervi vagi ausgeübt wird. Bemerkenswert ist, dass zwei Geschwister der einen an „nervösem Schnupfen" leidenden Patientin an Heufieber litten.

Die Untersuchungen des Verf.'s an einem Tuberkulosekrankenhaus (500 Patienten) ergaben, dass ungefähr 10 pCt. vom Stadium I und II vasomotorische Störungen in der Nase haben und dass diese einige Jahre vor Feststellung der Lungenveränderungen angefangen haben. Bei Stadium III waren selten Störungen.

Verf. schreibt diesen Erfahrungen einen praktischen Wert bei, insofern bei allen Fällen von nasaler Reflexneurose auch eine Untersuchung der inneren Organe vorgenommen werden soll, damit man eine kausale Therapie einleiten kann. Verf. ist der Ansicht, dass „jedes vom normalen anatomischen Bau abweichende Gebilde" in der Nase bei diesen Patienten entfernt werden muss. FINDER.

14) **Kantorowicz** (Hannover). **Nasenblutungen bei der Influenza.** *Med. Klinik. No. 1. 1919.*

Es hat den Anschein, als ob Fälle mit Nasenbluten einen leichteren Verlauf nehmen, als die ohne Blutung. Daraus würde sich die Indikation für einen Aderlass bei irgendwie drohendem schweren Verlauf ableiten lassen. SEIFERT.

15) **A. Lautenschläger** (Berlin). **Ueber das Wesen der Ozaena.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 32. H. 1. S. 136.*

L. scheidet bei seinen Untersuchungen über die Ozaena streng alle Fälle aus, bei welchen durch Tuberkulose, Lues, Sklerom, Rotz, Lepra und Fremdkörper Substanzverluste in der Nase entstanden sind. Es bleiben übrig: 1. Ozaena infolge Nebenhöhleneiterung. 2. Die Ozaena genuina seu vera. Auf Grund des makroskopischen Bildes bei seiner Operationsmethode der Kieferhöhle, sowie des mikroskopischen Bildes von Schleimhaut und Knochen entwickelt L. folgendes Bild von der Genese der Ozaena: Beginn akut, fieberhaft, mit eitriger Entzündung

in den Schleimhäuten der oberen Luftwege in der Kindheit bzw. vor der Pubertät, selten später. Rhinitis, Sinusitis acuta purulenta. Vorherrschend Hypertrophien, in einzelnen Fällen Polypenbildung. Dieses erste Stadium leitet unmerklich in das latente oder intermediäre Stadium hinüber. In der Haupthöhle der Nase leichte Rhinitiden, in den Nebenhöhlen chronische hypertrophische Katarrhe mit wechselnd starker, aber stetig abnehmender Sekretion. Die Nebenhöhlensekrete stiften — abgesehen von lokalen Hypertrophien — im flüssigen Zustande in den Nasenschleimhäuten zunächst keinen Schaden, erst später übt das stagnierende und dann das eingetrocknete Sekret durch Druck auf die Schleimhaut eine ungünstige Wirkung aus. Im Rachen entsteht mit dem Eintrocknen der Sekrete das Bild der Pharyngitis sicca lange bevor die Rhinitis sicca in die Erscheinung tritt. — Das dritte Stadium ist charakterisiert in der Haupthöhle durch Atrophie, Borkenbildung, Fötor, in den Nebenhöhlen durch chronische Erkrankung der Schleimhaut und durch Anomalien des Knochenstoffwechsels. Besonders wichtig für die Beurteilung einer entstehenden Ozaena ist die Beobachtung des Nasenrachens, da die dort angesammelten Borken und eingetrockneten Sekrete einen Fingerzeig dafür abgeben, dass ein Nebenhöhlenprozess vorliegt, welcher weder durch das Röntgenbild noch durch Spülungen nachzuweisen ist.

BRÁDT.

16) **E. Eitner** (Wien). **Zur Kasuistik des sogenannten Paraffinoms.** *Med. Klinik. No. 3. 1919.*

In einigen Fällen trat längere Zeit nach einer Paraffininjektion in dem Nasenrücken, nachdem die normale Reaktion längst abgelaufen und das Paraffindepot gut vertragen worden war, plötzlich mit oder ohne ersichtlichen Anlass eine Schwellung auf, die schliesslich zur Bildung einer dauerhaften, aus Bindegewebe bestehenden, knorpelharten Geschwulst führte, die unangenehme kosmetische Störungen erzeugte. Jedenfalls ist eine Anzahl solcher Fälle ein Anlass, bei der Indikationsstellung zu Paraffininjektionen aus kosmetischen Gründen zurückhaltend zu sein.

SEIFERT.

17) **Umberto Luigi Torrini. Beitrag zur Kasuistik der Nebenhöhlenverletzungen bei den Kriegsverwundeten. (Contributo alla casuistica delle lesioni dei seni perinasali nei feriti in guerra.)** *Arch. Ital. di otologia, rinologia e laryngologia. H. 5. November 1917.*

Bericht über 9 Fälle von Stirnhöhlenverletzungen. Die posttraumatischen Komplikationen, die einen Eingriff erfordern, sind weniger häufig als bei der Kieferhöhle, da im allgemeinen die Tendenz zur Heilung bei Anwendung allgemein-chirurgischer Grundsätze besteht. Diese Tendenz zur spontanen Heilung führt Verf. zurück erstens auf die natürliche Drainage (Canalis fronto-nasalis), ferner auf die oberflächliche Lage der Höhle und die kleine Schicht darüber liegenden Gewebes, so dass eine gute Wundtoilette auch von nicht spezialistisch geübten Chirurgen gemacht werden kann. Wenn ein Eingriff gemacht wird, so ist das Hauptaugenmerk zu legen auf Anlegung einer möglichst breiten und dauernden Drainage zwischen Höhle und Nase; ferner darf man sich nicht mit der Operation der Stirnhöhle begnügen, sondern muss auch die vorderen Siebbeinzellen

mit in Angriff nehmen. Bei Verletzung der Hinterwand mit Freilegung der Dura muss man nach sorgfältiger Toilette der Wunde und Entfernung der Sequester die Wunde lange drainiert halten und sie durch Granulation heilen lassen. Für einen Eingriff bei Verwundungen der Stirnhöhle kommt nur der Weg von aussen in Betracht; der endonasale Weg verbietet sich schon deshalb, weil man bei ihm im Unklaren bleibt über die Beschaffenheit der hinteren Stirnhöhlenwand. In vier Fällen lag die Meninge frei, in einem Fall mussten Splitter aus der Hirnmasse entfernt werden, in einem Fall trat 14 Monate nach der Verwundung ein Hirnabszess auf, nach dessen Operation zuerst Besserung eintrat, jedoch erfolgte bald der Tod an Spinalmeningitis.

Es werden ferner vier Fälle berichtet, bei denen die Verletzung des Siebbeins von besonderer Wichtigkeit war oder das Symptomenbild beherrschte.

Es wird ferner über einen Fall von Granatsplitter in der Keilbeinhöhle berichtet, sowie über einige Fälle von Verletzung der äusseren Nase. FINDER.

18) **Lange. Vereiterte Kieferzyste.** Med. Ges. Göttingen, Sitzung vom 4. Juli 1918. *Deutsche med. Wochenschr. S. 1095. 1918.*

Die Zyste war ungewöhnlich gross und konnte durch weite Eröffnung nach der Nase zur Heilung gebracht werden. R. HOFFMANN.

19) **Brünings. Die Denker'sche Operation als Weg zur Schädelbasis.** Greifswalder med. Verein, Sitzung vom 5. Juli 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 44. S. 1211. 1918.*

B. hebt als besondere Vorzüge der Denker'schen Operation gegenüber anderen Operationsmethoden zur Freilegung des Nasenrachendaches bzw. der Schädelbasis hervor: Ihre Ungefährlichkeit, die geringe Blutung, die Ausführbarkeit in örtlicher Betäubung, das Fehlen jeglicher äusseren Narbe oder Entstellung und die kurze Heilungsdauer. R. HOFFMANN.

20) **C. E. Benjamins. Pneumo-Sinus frontalis dilatans.** *Acta oto-laryngologica. Bd. 1. H. 2/3.*

Verf. berichtet über einen Fall dieser sehr seltenen Affektion: 31jähriger Mann, seit 7 Monaten Schnupfen, nur anfangs schleimig-eitrige Sekretion, jetzt Verstopfung, besonders rechts, Kopfschmerzen in der rechten Frontalregion. Seit 4 Wochen allmählich grösser werdende Schwellung oberhalb der Augen und in der Mitte der Stirn. Oberhalb der Mitte der Augenbrauen zwei mandelförmige Tumoren, zwischen den beiden in der Mitte ein dritter kleinerer, Haut darüber normal; die Tumoren haben knöcherne Konsistenz, nirgends Krepitation, kein Schmerz beim Beklopfen. Rhinoskopie ergibt beiderseits im mittleren Nasengang kleine Polypen, kein Eiter. Bei der Röntgenaufnahme erscheinen die Stirnhöhlen sehr gross, sie geben auf der Platte keinen Schatten. Es wurde die Diagnose auf Hydrozele, Zyste oder Mukozele gestellt. Die Operation von aussen ergab, dass es sich um eine hochgradige Dilatation der linken Stirnhöhle handelte, die völlig mit Luft gefüllt war; die Kommunikation mit der Nase war durch einen kleinen Polypen verschlossen. Verf. stellt die differentialdiagnostischen Merkmale fest

zwischen der Pneumatozele und diesen Fällen, für die er den Namen „Pneumosinus dilatans“ vorschlägt und von denen er in der Literatur fünf auffindet (Posthumus Mejes, Röpke, Kap, Cotte und Nové Josseraud, von den Halm) und führt die für ihr Zustandekommen möglichen Arten der Erklärung an. Beigegeben ist der Arbeit eine sehr instruktive Röntgenaufnahme. FINDER.

21) **Frithjof Leegaard. Ueber Hirnabszesse des Stirnlappens, ausgehend von der Stirnhöhle und andere intrakranielle Komplikationen als Folge entzündlicher Prozesse in den Nebenhöhlen. (On cerebral abscesses of the frontal lobe issuing from the frontal sinus and other intracranial complications resulting from inflammatory processes of the nasal accessory sinuses.)** *Acta oto-laryngologica. Bd. 1. H. 2/3.*

Verf. berichtet zunächst über vier von einem Stirnhöhlenempyem ausgehende Hirnabszesse, die auf der Hals-Nasen-Ohrenstation des Rikshospital zur Beobachtung gelangten und von denen die drei letzten seiner persönlichen Beobachtung entstammen.. Es werden die ausführlichen Krankengeschichten der Fälle nebst Epikrise gegeben. Erwähnenswert ist, dass im ersten Fall Parese des linken Arms, im zweiten epileptiforme Krämpfe und Zuckungen im Arm der Seite, auf der der Abszess war, auftraten; beides wahrscheinlich durch Hinzutreten von Meningitis. Am dritten Fall ist bemerkenswert, dass drei Monate nach der ersten Stirnhöhlenoperation mit Eröffnung des Abszesses sich in einem Hirnprolaps, der sich nach der Stirnhöhle zu entwickelt hatte, ein neuer Abszess bildete; dieser wurde eröffnet, aber bereits 1 Monate später hatte sich an derselben Stelle wieder ein Abszess gebildet. Einige Tage später — 5 Monate nach der ersten Operation — wurde Pat. bewusstlos und ging unter den Erscheinunges eines Einbruchs in den Ventrikel zugrunde. Die ersten drei Fälle von Hirnabszess gingen zugrunde; Sektion wurde nicht gemacht. Der vierte Fall blieb am Leben. Verf. ist geneigt, dieses günstige Resultat dem Umstand zuzuschreiben, dass er sehr konservativ behandelte; er hat davon abgesehen, ein Drainrohr oder einen Tampon in die Abszesshöhle einzuführen, sondern hat bei jedem Verbandwechsel die Ränder der Duraöffnung mittels der Pinzette auseinander gespreizt, so dass der Eiter abfliessen konnte, und sich nur darauf beschränkt, jedesmal einen kleinen Tampon in die Wundöffnung zu legen, damit sich diese nicht verschliesst. Auf die Mitteilung der Fälle folgt eine eingehende Besprechung der Symptomatologie und der Behandlung der Stirnhirnabszesse. Zu der Frage, ob man erst durch die Dura hindurch eine Punktion machen oder gleich die Dura schlitzen solle, stellt sich der Verf. so, dass er sagt, da, wo die Dura gar nicht oder nur wenig verändert erscheine, solle man die Punktion mit einer dicken Nadel machen, wo aber die Dura verfärbt erscheint oder Fistelbildung besteht, solle man sofort schlitzen und zwar macht er eine kleine Inzision, er kratzt die Höhle nicht aus und unterlässt jede Tamponade oder Drainage der Höhle, sondern legt nur etwas Gaze zwischen die Wundränder, um deren Zusammenkleben zu vermeiden. Den Verband wechselt er sehr häufig, bis 2—3 mal am Tage. Im ganzen plädiert Verf. sehr für eine recht konservative Behandlungsart.

Die weiteren intrakraniellen Komplikationen bei Nebenhöhlenerkrankungen, über die Verf. berichtet, sind folgende:

1. Akutes Highmorshöhlenempyem nach Zahnextraktion, Ausbreitung der Entzündung durch eine zwischen beiden bestehende (präformierte oder durch Destruktion entstandene?) Oeffnung auf die Orbita, Meningitis, Exitus. Sektion verweigert.

2. Chronisches dentales Kieferhöhlenempyem bei einem 14jährigen Knaben, davon ausgehend Orbitalphlegmone mit Periostitis und Ostitis des Orbitaldachs; diese breitete sich auf das Schläfenbein aus, von dort ausgehend Pachymeningitis, kleiner Duralabszess, Thrombophlebitis im Sinus longitudinalis; pyämische Veränderungen in Lungen und Pleura. Unmittelbare Todesursache war eine Blutung aus einem erodierten Gefäss in der gangränösen Lungenpartie. Die bei der Sektion gefundenen Entzündungen in den übrigen Nebenhöhlen sieht Verf. nur als sekundäre an.

3. Tod im Anschluss an Keilbeinhöhlenempyem. Der Sitz des Empyems wurde klinisch nicht diagnostiziert. Da Schwellung über der Stirn mit Oedem des Lids bestand, so wurde die Stirnhöhle eröffnet, aber kein Pus gefunden. Exitus 5 Tage nach dem Auftreten der ersten Symptome. Sektion ergab Eiter in der Keilbeinhöhle und der rechten Orbita, Eiter entlang den beiden ersten Trigeminusästen und rings um das Chiasma. Allgemeine Pneumokokkeninfektion.

4. Meningitis cerebrospinalis, Ethmoiditis, Sinusitis frontalis et sphenoidalis suppurativa. Thrombosis sinus sigmoidei.

FINDER.

22) **Halle** (Charlottenburg). **Zu den Bemerkungen in No. 19 der Berliner klinischen Wochenschrift zu meiner Arbeit über Tränensackoperationen in No. 11 der Berliner klinischen Wochenschrift.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 23. S. 550. 1918.*

Polemik gegen West. Darnach haben Polyak-Halle die Fensterresektion des Saccus lacrymalis zuerst ausgeführt. Die Bildung eines Hautperiostknochenlappens stammt von Halle.

R. HOFFMANN.

c) Mundrachenhöhle.

23) **R. Klein** (Prag). **Skorbuterkrankungen unter unseren Kriegsgefangenen in Russland.** *Med. Klinik. No. 8. 1919.*

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wurde eine Affektion der Gingiva beider Kiefer beobachtet, die oft in Form hämorrhagischer Schwellung und Auflockerung so kolossal war, dass das ganze Gesicht dieser Patienten ein pastöses Aussehen bekam und dazu alle die üblichen Erscheinungen der begleitenden Stomatitis. Doch war manchmal und gerade in den schwersten Fällen das Zahnfleisch unverändert, sogar auffallend blass. Zu den ersten Krankheitserscheinungen war auch das spontane oder aus geringfügigen Ursachen erfolgende Nasenbluten zu rechnen.

SEIFERT.

24) Hakan Nordlund. **Die Bedeutung der Gesichtsform, besonders der Höhe des Gaumens, in bezug auf den Ursprung der Otitis media. (The significance of the form of the face, more especielly the height of the palate, as regards the origin of chronic otitis.)** *Acta oto-laryngologica. Bd. 1. H. 2/3.*

Aus den Schlussfolgerungen, zu denen Verf. auf Grund seiner Untersuchungen an 500 Patienten, von denen 250 an chronischer Otitis litten, und 100 gesunden Kontrollpersonen gelangte, seien folgende hervorgehoben:

Der hohe und schmale Gaumen, Hypsistaphylie, ist der charakteristische Ausdruck des leptoprosopischen Typus und hat mannigfache Wirkungen auf den Gesichtsschädel. In sehr hohem Grade finden sich adenoide Wucherungen in Begleitung eines hohen schmalen Gaumens. Während der Gaumenindex von Höhe zu Breite bei Personen, die nicht an irgendeiner Nasen- oder Ohrenkrankheit oder an Wucherungen litten, bei dem untersuchten Material durchschnittlich 42,56 betrug, stieg er in Fällen mit adenoiden Wucherungen auf 51,08. Ungefähr 72 pCt. derjenigen, welche Wucherungen im Nasenrachenraum hatten, zeigten das eine oder andere Symptom von Ohrenerkrankungen oder Prädisposition dazu. Der Gaumenindex Höhe—Breite war in Fällen von chronischer Otitis erheblich höher (50,52) als bei Ohrgesunden (42,56). Bei gesunden Rekruten beträgt der Durchschnitt 44,25, während er bei gemischtem poliklinischem Material (wo chronische Otitis ausgeschlossen wurde) 44,06 war. Der hypsistaphyle Typus ist um so ausgesprochener, je mehr die Momente vorhanden sind, die eine Entzündung des Mittelohres beeinflussen. Die Ursache für das häufigere Vorkommen von chronischer Otitis bei Individuen mit hohem Gaumen ist in einer von dem hohen Gaumen durch Vermittelung der adenoiden Wucherungen geschaffenen Prädisposition wie auch darin zu suchen, dass der hohe schmale Gaumen kombiniert ist mit einem hohen und engen Nasenrachenraum, wo das Gaumensegel einen mehr vertikalen Verlauf hat und wo der Musculus levator veli palatini folglich einen bei weitem weniger energischen Einfluss auf das Oeffnen der Tubenöffnung hat; der Mechanismus der Oeffnung beim Schlucken ist auf diese Weise erschwert und es kommt häufiger zu Tubenkatarrh und anderen Ohrerkrankungen.

FINDER.

25) Richard Arwed Pfeifer. **Kontinuierliche klonische rhythmische Krämpfe des Gaumensegels und der Rachenwand bei einem Fall von Schussverletzung des Kleinhirns.** *Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. Bd. 45. H. 2. 1919.*

Soldat mit schwerer linksseitiger Läsion des Kleinhirns, der ein ganzes Heer streng gleichseitig lokalisierter Ausfallerscheinungen bzw. Störungen entsprach. Die hier besonders interessierenden Erscheinungen bestanden in linksseitigen kontinuierlichen klonischen rhythmischen Zuckungen des Mesopharynx, etwa 140 mal in der Minute. An diesen Krämpfen beteiligten sich Tensor und Levator palatini, sowie Constrictor pharyngis medius in ausgiebiger Weise. Sehr schwache, synchrone Zuckungen gleicher Art bestanden am linken Taschenband und Stimmband, aber nur andeutungsweise. Bei der Phonation prompte und symmetrische Beteiligung der Kehlkopfmuskeln. Nach oben hin pflanzten sich die Zuckungen gerade bis zum Levatorwulst fort, so dass das Ostium pharyngeum frei bleibt. Das Rachen-

dach steht vollkommen still. Die Zuckungen kommen dem Pat. nicht zum Bewusstsein. Schluckakt ungestört.

Es handelt sich um eine Störung in der Statik der Muskelruhelage, die in diesem Fall mit grösster Wahrscheinlichkeit als Ausfallerscheinung anzusprechen ist. Es handelt sich offenbar um Störungen in der Verbindung zwischen Kleinhirn und Medulla oblongata, die den Ausfall bedingen. Der Fall stützt die Annahme, dass das Kleinhirn samt seinen Verbindungen mit der Grosshirnrinde, der Medulla oblongata, und dem Rückenmark das Zentralorgan für das myostatische Nervensystem darstellt.

FINDER.

26) **Lévy du Pan** (Lausanne). **Nachgrippale doppelseitige Gaumenlähmungen.** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 8. 1918.*

Zwei Fälle mit ausgesprochenen Lähmungen; ein 40jähriger Mann und ein 12jähriges Mädchen. Heilung nach 2—3 Wochen.

JONQUIÈRE.

27) **D'Epine** (Genf). **Anginen mit Pneumokokken.** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 7. 1918.*

8jähriger Knabe, Fieber 38°. Pseudomembran aus Reinkultur von Pneumokokken bestehend. Keine Lymphdrüsenschwellung. Ganz leichter Verlauf.

JONQUIÈRE.

28) **Robert Lund. Knorpel und Hyperkeratosen in den Mandeln. (Les hyperkératoses et les cartilages tonsillaires.)** *Acta oto-laryngologica. Bd. 1. H. 2/3. 1918.*

L. geht bei seiner Studie aus von den histologischen Präparaten der beiden Tonsillen eines 22jährigen Mannes und einer Tonsille eines jungen Mädchens. Die drei Tonsillen zeigen alle dieselben Veränderungen: 1. Ein Verhornungsprozess des Epithels an der freien Oberfläche der Mandeln und in der Tiefe der Lakunen, d. h. eine Hyperkeratosis tonsillarum. L. meint — wie Siebenmann, Onodi und Entz —, dass es sich bei diesem Prozess um eine Steigerung der physiologischen Verhornung des Epithels der Mandeln handelt. 2. Zahlreiche Knorpelinseln zerstreut im Bindegewebe gelegen. An einigen Stellen waren die Inseln vom Perichondrium umgeben, an anderen waren sie unscharf vom Bindegewebe getrennt und hier befanden sich die Bindegewebszellen in der Umgebung der Knorpelinseln in Umwandlung zu Knorpelgrundsubstanz. Auch Knochengewebe wurde gesehen, überall durch typische perichondrale oder endochondrale Verknöcherung entstanden.

Nach den Untersuchungen Hamar's und Grünwald's ist durch eine gewisse Periode des Fötallebens die Mandelfurche gänzlich vom Knorpelgerüst des Bronchialbogens umgeben, und es ist daher wahrscheinlich, dass die Knorpelinseln nicht durch eine Metaplasie des Bindegewebes entstanden, sondern kongenitalen Ursprungs sind.

FINDER.

d) Diphtherie und Croup.

29) **Georg Joannovics. Zur Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 9. 1919.*

Die Arbeit bezieht sich auf die Bingel'sche Publikation (cf. dieses Zentral-

blatt, 1919, S. 34). Verf. verwirft die Argumentationen Bingel's und kommt auf Grund seiner Erörterungen zu folgenden Schlussfolgerungen:

1. Bingel's Untersuchungen über die Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum sind zu verwerfen,

a) weil sie den Kranken eine Heilmethode entziehen, welche durch Jahrzehnte sich bewährt hat, ohne dafür eine bessere zu setzen;

b) weil die Fragestellung keiner rein klinischen Beantwortung zugänglich ist, sondern eine tierexperimentelle erheischt, was übrigens längst geschehen ist;

c) weil das Resultat der relativ geringen Zahl von Untersuchungen ohne Sichtung von verschiedenen Gesichtspunkten aus statistisch vollkommen wertlos ist.

2. Dass nach wie vor an der antitoxischen Serumtherapie der Diphtherie festzuhalten ist, die möglichst früh, zu Beginn der Erkrankung mit entsprechenden Dosen einzusetzen hat.

HANSZEL.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

30) **H. J. Schousboe. Ein Fall von sehr grosser Larynxzyste.** *Acta oto-laryngologica. Bd. 1. H. 2/3. 1918.*

45jähr. Frau. An der Vorderwand des Halses, der Membrana hyo-thyreoidea entsprechend, ist ein gut haselnussgrosser, weicher, fluktuierender, von natürlicher Haut bedeckter Tumor sichtbar. Laryngoskopisch sieht man den linken Recessus pyriformis ausgefüllt von einer Anschwellung, die rundlich mit ganz glatter Oberfläche ist und die den linken Aryknorpel und die linke Hälfte der Epiglottis nach der Mitte zu drängt. Die Zyste wurde extralaryngeal entfernt. Es handelte sich um eine Retentionszyste, deren Ursprung wahrscheinlich in der Plica ary-epiglottica sinistra lag.

FINDER.

31) **Pachner** (Alland). **Ueber die Sonnenlichtbehandlung der Kehlkopftuberkulose.** *Münchener med. Wochenschr. H. 9. S. 239. 1919.*

Die von Sorgo ins Leben gerufene Methode besteht darin, dass der Kranke die Sonnenstrahlen von einem vor ihm aufgestellten Planspiegel in seinen Mund reflektieren lässt. Ein Kehlkopfspiegel, den der Patient selbst einführt, leitet sie zum Larynx. Verf. beschreibt verschiedene von anderen Autoren versuchte Modifikationen, die er aber für keine Verbesserungen hält. Um den Patienten die Methode auch im Liegen zu ermöglichen, wird jetzt in Alland meist folgende Anordnung getroffen: Der Kranke liegt mit dem Gesicht gegen die Sonne, die Strahlen dringen direkt in den Mund ein bis zu dem an den Gaumen angelegten Kehlkopfspiegel. Zur Kontrolle, ob sich dieser in der richtigen Stellung befindet, hält sich der Patient mit der anderen Hand einen kleinen Taschenspiegel vor. Letzterer kann auch gestielt an einem Stirnreif getragen werden. Um die Sonnenblendung zu vermeiden, kann an dem Stirnreif ausserdem noch ein kleiner Schutzschirm anmontiert sein. Bei einigen der vielen Fälle, über die Verf. sehr gute Erfolge berichtet, wurde die Bestrahlungsdauer bis zu 2 Stunden im Tag ausgedehnt.

KOTZ.

32) **Fröschels. Ueber Entwicklungshemmungen der kindlichen Sprache.** Ges. f. experim, Phonetik Wien, Sitzung vom Juli 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 45. S. 1264. 1918.*

Dieselben können durch Taubheit, durch hochgradige, durch leichte Schwerhörigkeit bedingt sein. In den beiden ersten Fällen resultiert meist Stummheit, in dem letzteren verzögerter Sprachbeginn und unkorrekte Lautbildung, Stammeln. Weitere Gründe sind Rachitis mit Pneumonien, welche die sogenannte „motorische Hörstummheit“ und Fraisen, welche die „sensorische Hörstummheit“ zur Folge haben können.

Bei der Hörstummheit muss man sich vorstellen, dass der normale zentrale Sprachbogen (Wernicke-Zentrum, das Inselgebiet, Broca, vordere Zentralwindung usw.) irgendwo geschädigt ist, weshalb die Therapie darauf beruht, einen anderen Bogen zu bahnen, und zwar den vom Auge und Tastgefühl bzw. deren Zentren zu dem motorischen Sprachbogen unter sekundärer Einbeziehung der akustischen Komponente.

Es werden sodann noch das Stammeln (Fehlen oder fehlerhafte Aussprache einzelner Laute), sowie die verschiedenen Formen des Näselns besprochen, welches letztere häufig peripher, manchmal auch zentral bedingt ist. R. HOFFMANN.

33) **J. Pusateri. Ueber einen Fall von Beschuldigung der Simulation von Taubstummheit. (Sopra un caso di imputazione di sordomutismo simulato.)** *Arch. Ital. di otologia, rinologia e laringologia. H. 5. November 1917.*

Es handelt sich um einen Soldaten, der unter der Anklage stand, Taubstummheit zu simulieren. Er war nicht im Felde gewesen, früher stets gesund. Es wird der Gang der auf der Untersuchungsstation des Lazaretts angestellten Untersuchungen, darunter auch Narkose zwecks fingierter Operation, genau mitgeteilt, deren Resultat ist, dass der Soldat nicht simulierte, sondern an hysterischer Taubstummheit litt. Bemerkenswert ist, dass Patient nicht im Felde war, dass auch sonst alle disponierenden und auslösenden Momente fehlen.

FINDER.

34) **M. Weingartner** (Berlin). **Physiologische und topographische Studien am Tracheo-Bronchialbaum des lebenden Menschen.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 32. H. 1. S. 1.*

Die erste Aufklärung über die Lage des Bronchialbaumes verschafften sich u. a. Aeby und Siegenbeck van Heukelom dadurch, dass sie an Leichen die Bronchien in tiefster In- bzw. Exspirationsstellung mit Ross'schem bzw. Wood-schem Metall ausgossen. Es zeigte sich, dass bei der Inspirationsstellung die Bronchien im stumpfen, bei der Exspirationsstellung im spitzen Winkel zueinander standen und dass die grössten Differenzen dabei die kleinsten Bronchien betrafen. Später versuchte man durch den Kehlkopfspiegel sich die Bewegung der Trachea sichtbar zu machen, Versuche, über welche zuerst L. v. Schroetter im Jahre 1872 berichtete. Er zeigte, dass der Bifurkationssporn von der Systole und Diastole des Herzens ruckweise verschoben wurde. Die Beobachtung der Bewegungen des Bronchialbaumes wurde weiter entwickelt mit Hilfe der in eine Tracheotomie-

wunde eingeführten Spiegel, sowie mit Hilfe des Röntgenbildes und der Bronchoskopie (Killian). Die physiologischen Bewegungen sind teils respiratorische, teils pulsatorische. Die ersteren sind Lageveränderungen und betreffen bei weitem mehr die peripheren als die Hauptbronchien, ferner Veränderungen des Lumens, welche ausschliesslich die kleineren Bronchien betreffen. Bei Kindern sind die respiratorischen Lumenschwankungen infolge der grösseren Nachgiebigkeit der Wandungen ausgeprägter als beim Erwachsenen, so dass bei Hustenstössen sich die Trachea bis zum vollständigen Verschluss verengern kann. Die Pulsationserschwerungen bieten der Erklärung besondere Schwierigkeiten.

Die sehr ausführlich beschriebenen Versuche, welche mit grossem Fleisse und Exaktheit durchgeführt sind, ergaben bezüglich der Entfernung der vorderen Brustwand von der Bifurkation, dass sie im Inspirium stets grösser ist als im Exspirium. Bei grösserem Thoraxumfang ist die Entfernung grösser und umgekehrt. Die Differenz dieser Entfernung beim Inspirium und Exspirium betrug im Durchschnitt 2—3 cm. Sie ist abhängig von der respiratorischen Brustkorbausdehnung und dem Alter des Patienten (Rippenverknöcherung).

Respiratorische Bifurkationsbewegungen waren in 18 von 20 Fällen nachzuweisen. Bei den 2 übrigen Fällen ist der Bifurkationsstillstand durch path. Veränderungen im Bereiche der Bifurkation zu erklären.

Aus 22 an den 18 Pat. angestellten Versuchen ergibt sich die Gesetzmässigkeit der inspiratorischen Senkung bzw. exspiratorischen Hebung der Bifurkation. Beim Valsalva'schen Versuch verhält sich die Bifurkation wie beim Inspirium und beim Müller'schen Versuch wie beim Exspirium.

Die Höhenschwankung beim In- und Exspirium beträgt selten mehr als 10 mm, meist weniger. Bei den Müller'schen und Valsalva'schen Versuchen sind die Höhenschwankungen der Bifurkation im allgemeinen grösser als bei der einfachen In- und Exspiration. Die respiratorische Höhenverschiebung der Bifurkation geht normalerweise sowohl in der Richtung wie in der Stärke parallel mit der Zwerchfellaktion. Verwachsungen des Kehlkopfes bzw. des obersten Trachealabschnittes mit der äusseren Haut hindern in keiner Weise die Beweglichkeit der Bifurkation, während pathologische Prozesse im Bereich der Bifurkation zu einem nachweisbaren Stillstand derselben führen können.

Die respiratorische Höhenverschiebung des Larynx erfolgt im Sinne derjenigen der Bifurkation, jedoch entspricht das Ausmass der ersteren nicht immer dem der letzteren.

Die Entfernung der Glottis von der Bifurkation schwankt zwischen 11—14,8 cm.

Der Bifurkationswinkel zeigte individuelle Schwankungen zwischen 50° bis 100°; der linke Bronchus bildet den grösseren Winkel. Der Bifurkationswinkel verändert sich während verschiedener Versuche an derselben Person um 10°—20°, er ist im Inspirium zumeist grösser als im Exspirium, nie kleiner. Der rechte Bronchus führt bei der Atmung stärkere Bewegungen aus als der linke. Diese Befunde ergaben sich übereinstimmend aus den röntgenologischen und graphischen Beobachtungen.

Die Lage der Glottis schwankt zwischen dem 4. und 7. Halswirbel, die der Bifurkation zwischen dem 5. und 7. Brustwirbel.

Die Darstellung des Tracheobronchialbaumes am lebenden Menschen ist mittels Einblasungen von Thorium oxydatum anhydricum (Merck) möglich gewesen, ohne dass der Patient irgendwie dadurch geschädigt wurde. BRADT.

35) **Jörgen Möller. Ueber Tracheitis.** *Acta oto-laryngologica. Bd. 1. H. 2/3.*

Verf. hält es aus praktischen Gründen für geboten, die Tracheitis von der Bronchitis im gewöhnlichen Sinne, bei der gröbere stethoskopische Veränderungen vorhanden sind, zu trennen; man hat die meisten Fälle von Tracheitis früher irrtümlich als Pharyngitis und „nervösen Husten" bezeichnet. Verf. hat niemals Fälle von wirklichem „nervösen Husten" gesehen und fast immer bei genauerer Untersuchung eine Tracheitis oder ganz leichte Bronchitis gefunden. Das hauptsächlichste subjektive Symptom der Tracheitis ist der Husten, der bei den leichten chronischen Fällen besonders des Morgens ist, der akuten Tracheitis besonders charakteristisch sind die nächtlichen Hustenanfälle, die bisweilen denjenigen im Beginn des Keuchhustens ähnlich sein können. Das zweite Hauptsymptom der Tracheitis ist die Heiserkeit, infolge Schleimverlagerung auf den Stimmlippen, die auch hauptsächlich des Morgens vorhanden ist; es ist dies die Ursache, weshalb so viele, namentlich männliche Sänger vormittags nicht recht singen können, und zwar zeigt sich die Heiserkeit besonders in der Mittellage. Wenn bei leichten Tracheitisfällen die Stimme längere Zeit gebraucht ist, wird sie gewöhnlich klarer, der Sänger „singt sich frei", die Heiserkeit tritt nur periodenweise ein, wenn der Schleim sich emporarbeitet und die Stimmlippen bedeckt. Bei der objektiven Untersuchung sieht man die Trachealschleimhaut mehr oder weniger gerötet, bisweilen ganz geschwollen, stellenweise mit Schleim bedeckt; Stimmlippen bisweilen mit Schleim oder Borken bedeckt, auch wenn der Kehlkopf an und für sich nicht mit ergriffen ist. Stethoskopie bietet meist völlig normale Verhältnisse dar.

Akute Tracheitis entsteht meist durch Erkältung, gewöhnlich im Anschluss an Schnupfen; bei chronischer Tracheitis spielen die gewöhnlichsten schädlichen Einflüsse (Staub, Rauch, Alkohol usw.) eine Rolle. In Dänemark ist die Tracheitis so häufig, dass Verf. sie — wenigstens was das männliche Geschlecht betrifft — eine Nationalkrankheit nennt, was an dem unsteten, feuchten, windigen Klima zu liegen scheine.

Bei der chronischen Tracheitis muss man sich oft damit abfinden, dass sie unheilbar ist; sie verläuft immer mit Remissionen und Exazerbationen. Wird bei einer akuten Exazerbation Husten und Räuspern zu störend, so muss man längere Zeit behandeln, und zwar legt Verf. grossen Wert auf Inhalationen. Warme Inhalationen verwendet er nur bei akuter Tracheitis; bei chronischer Tracheitis sind zu empfehlen kalte Inhalationen mittels eines Verneblers, und zwar von Balsamicis und ätherischen Oelen. FINDER.

36) **E. Schlesinger** (Wiesbaden). **Ein seltener Fremdkörper der Trachea mit schwersten Stenoseerscheinungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 38. S. 1055. 1918.*

Bei einem 4jährigen Kinde war $1^1/_2$ Jahr vor der jetzigen Beobachtung die

Tracheotomie wegen Diphtherie vorgenommen worden. Noch während das Kind die Kanüle trug, ist, wie Verf. annimmt, ein Kragenstäbchen, wie es die Damen zur Festigung der Blusenkragen verwenden, in die Luftröhre geraten und hat dort zu fast vollständiger Stenosierung geführt. Der für die Atmung noch übrige sagittal verlaufende Spalt betrug höchstens $1^1/_2$—2 mm.

Wegen der hochgradigen Stenoseerscheinungen wurde die Trachea vom 2.—5. Trachealring gespalten und dabei der in derbes, fibröses Gewebe eingebettete Fremdkörper entdeckt. Vollkommene Heilung, die jetzt ein Jahr anhält.

R. HOFFMANN.

37) **Karl Mayer** (Basel). **Ueber tumorförmiges Lymphogranulom des Mediastinum und der Trachea.** *Arch. f. Laryng. und Rhinol. Bd. 32. H. 1.*

Beschreibung eines tumorförmigen Lymphogranuloms, dessen Eigentümlichkeiten seine Lokalisafion als grosse, zusammenhängende Masse im Mediastinum ohne andere Herde im Körper, sein aggressives Wachstum und sein Einbruch in die Trachea sind. Der kritischen Beschreibung geht eine genaue Besprechung der einschlägigen Literatur vorauf. Ausserdem geht Verf. noch genauer auf die Differentialdiagnose zwischen Lymphogranulom und Lymphosarkom ein. BRADT.

38) **Pfeiffer. Missbildung der Trachea.** Gesellschaft prakt. Aerzte zu Riga, Sitzung vom 16. Januar 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 42. S. 1176. 1918.*

Die Trachea endet etwa in halber Höhe blind. Die untere Hälfte stand durch eine Oeffnung in Verbindung mit dem Oesophagus. R. HOFFMANN.

f) Schilddrüse.

39) **Warnecke** (Görbersdorf). **Ueber Tuberkulose und Basedowsymptome.** *Zeitschrift f. Tuberkulose. Bd. 28. H. 2.*

Von 1043 Patienten des „Krankenheim Görbersdorf" boten 62 nervöse Symptome aus dem Basedowkomplex. Im Vordergrund standen sympathische Reizerscheinungen und vasomotorische Symptome; es fehlte in allen Fällen der Exophthalmus, Augenlidsymptome und Adrenalinmydriasis. Die weiblichen Kranken waren früher als die männlichen betroffen. Auch ein weiteres Symptom des Basedow, nämlich Vermehrung der Lymphozyten, wurde bei ihnen relativ häufig betroffen. Verf. schliesst, dass zwischen Tuberkulose und Basedow verwandtschaftliche Beziehungen bestehen.

FINDER.

40) **Bloch** (Basel). **Familiäre Kropfepidemie.** Demonstration in der Sitzung der med. Gesellschaft Basel. *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 7. 1919.*

Sechs Kinder im Alter von 2—10 Jahren, zwei mit pulsierenden Basedowkröpfen und Exophthalmus. Die übrigen haben einfache weiche Vergrösserungen der Schilddrüse; die Mutter einen weichen zentralen Kropfknoten. Diese Endemie ist fast plötzlich aufgetreten. Die Aetiologie dieser Fälle versagt in jeder Beziehung, Trinkwasser, Darminfektion, Jodarmut des Bodens usw. Aber Basel ist überhaupt Sitz einer mittelstarken Kropfendemie. Somit ist diese Familienendemie

nicht gar auffallend. In der Waisenanstalt Basels z. B. kommen auf 120 Kinder 51 Kropfpatienten. JONQUIÈRE.

g) Oesophagus.

41) **Prätorius. Entwicklungsstörung des Oesophagus.** Gesellschaft prakt. Aerzte in Riga, Sitzung vom 16. Januar 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 42. S. 1176. 1918.*

Der obere Abschnitt des Oesophagus stellt einen 5 cm langen, blind endenden Sack dar, während der Magen durch die Kardia und den unteren Teil des Oesophagus mit der Trachea an deren Hinterwand etwas oberhalb der Bifurkation kommuniziert. Das Kind hat 8 Tage gelebt. R. HOFFMANN.

42) **Oehlecker. Pulsionsdivertikel des Oesophagus.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung vom 14. Mai 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 40. S. 1119. 1918.*

Bei dem 45jährigen Patienten stellten sich Ende 1916 Schluckbeschwerden ein, die sich ständig steigerten. Beim Essen, das in letzter Zeit geradezu zur Qual wurde, bestand starkes Druckgefühl am Hals und das beängstigende Gefühl des Erstickens. Im Röntgenbild am Halsteile des Oesophagus ein über eigrosses Pulsionsdivertikel, das noch ein wenig in den Thoraxraum herabreichte. Bei der Operation wurde ein typisches Grenzdivertikel freigelegt, das zwischen Oesophagus und Wirbelsäule lag, also bei Füllung mit Speisen den Oesophagus geradezu komprimieren musste. Das Divertikel, dessen Eingang ziemlich breit war, wurde mit Pferdehaar abgesteppt und mit dem Glüheisen abgetragen. Uebernähung mit Katgut und Sicherung der Nahtstelle mit einem Teil des M. sternohyoideus. Nur am 7. Tage nach der Operation trat etwas Speise aus der Wunde heraus. Sonst glatter Verlauf. Patient kann jetzt normal schlucken und hat in kurzer Zeit 10 Pfund zugenommen. R. HOFFMANN.

43) **V. v. Hacker** (Graz). **Ueber die Entfernung von Fremdkörpern des Oesophagus vom eröffneten Magen aus. (Unter Mitteilung eines eigenen nach erfolgloser Oesophagoskopie operierten Falles.)** *Bruns' Beiträge f. klin. Chir. Bd. 111. H. 3. 1918.*

Verf. ist prinzipiell Anhänger der ösophagoskopischen Fremdkörperentfernung; er hat 86 Fälle so operiert, davon 78 (etwa 90 pCt.) mit Erfolg, in 9,3 pCt. war die Entfernung auf diese Weise nicht möglich. In 22 Fällen gelang es, Fremdkörper aus den unteren und untersten Teilen des Oesophagus mit Hilfe der Oesophagoskopie zu entfernen.

In dem hier mitgeteilten Fall handelte es sich um ein Gebissstück mit zwei Zähnen, oberhalb des Hiatus oesoph. eingekeilt, bei dem die ösophagoskopische Entfernung nicht gelang. Gastrotomie. Die Kardia war schwer zu finden, schliesslich gelang es, mit dem Finger durch den Zwerchfellring einzudringen und mit Hilfe einer längs des Zeigefingers vorgeschobenen Fremdkörperzange den Fremdkörper zu lockern und zu extrahieren. Das Gebiss war von der Oesophaguswand wie umklammert, mit dem Haken in diese eingedrungen. Es wurde — wohl zum ersten Mal! —

nach der Gastrotomie und Fremdkörperentfernung eine Tamponade der Oesophaguswunde, und zwar mittels Sondierung ohne Ende durchgeführt.

Verf. stellt aus der Literatur 37 Fälle von Entfernung von Fremdkörpern durch Gastrotomie zusammen.

Verf. erinnert zum Schluss an den seinerzeit von Fischer aufgestellten Grundsatz, dass ein frisch verschluckter Fremdkörper nach Misslingen der unblutigen Methoden bis zum Ende des folgenden Tages durch Oesophagotomie entfernt werden muss. Der Satz hat noch heute Gültigkeit, wenn man statt Oesophagotomie die „blutige Operation" (Oesophagotomie bzw. Gastrotomie) setzt.

FINDER.

44) **Kofler. Fremdkörper im Oesophagus.** Wiener med. Gesellschaften, Sitzung vom Juni 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 43. S. 1208. 1918.*

Von einem Manne wurde mit einer Leberwurst ein Holzstück verschluckt. Dieses durchlöcherte den Oesophagus und musste durch Oesophagotomia externa entfernt werden. Die stinkende Eiterung erstreckte sich unbegrenzt bis gegen das Mediastinum und heilte mit Perubalsamstreifen.

R. HOFFMANN.

45) **Bornhaupt. Totale Oesophagoplastik nach Verätzungsstriktur.** Gesellschaft prakt. Aerzte in Riga, Sitzung vom 21. November 1917. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 38. S. 1064. 1918.*

Demonstration des operierten Falles. Operation in 4 Etappen nach Roux. I. Etappe: Hinaufziehung der Jejunumschlinge bis zum Jugulum sterni. II. Etappe: Implantation der Schlinge in den Magen. III. Etappe: Quere Resektion des Oesophagus und Einnähen des Oesophaguslumens in die Haut der linken Halsseite. IV. Etappe: Hautplastik, durch die das Lumen des Oesophagus mit dem Lumen der hinausgeleiteten und in den Magen mündenden Jejunumschlinge vereinigt wurde. Geeignet für diese Operation sind gutartige Stenosen bei Erwachsenen und bei Kindern, die das 10. Lebensjahr überschritten haben. B. berichtet über einen zweiten von ihm im Jahre 1916 operierten ähnlichen Fall, der ebenso bisher gut schluckt und völlig arbeitsfähig ist.

R. HOFFMANN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Dänische Oto-Laryngologische Gesellschaft.

Sitzung vom 23. September 1917 im Malmöer Krankenhaus.

Vorsitzender: Holger Mygind.
Schriftführer: N. Rh. Blegvad.

Sture Berggren: Einige Mitteilungen über die Hals-Ohrenabteilung des Malmöer allgemeinen Krankenhauses mit Demonstration von Patienten.

Die Abteilung wurde vor einem Jahr begründet, besteht aus einer stationären Klinik mit 16 Betten mit einem Operationssal und einer Poliklinik. Es sind bisher 393 klinische und 224 poliklinische Operationen gemacht worden.

Demonstration: 1. Knabe mit geheilter intrakranieller Komplikation einer Otitis.

2. Traumatische Deformität der Nase. Zunächst submuköse Resektion der Nasenscheidewand, danach Implantation eines Stückes der Tibia. Kosmetischer Erfolg gut.

3. 22jährige Frau. Seit $3^1/_2$ Jahren allmählich zunehmende Heiserkeit und Atembeschwerden. Larynx: Taschenbänder geschwollen. Das rechte Stimmband ist nicht zu sehen, am linken Stimmband ein gelblich-weisser Tumor. Rima glottidis war nur stecknadelkopfgross. Keine Drüsenschwellung. Wassermann negativ. Es wurde Tracheotomie gemacht und nach zwei Wochen Laryngofissur. Beide Stimmlippen waren von gelblich-weissen, festen unregelmässigen Tumormassen eingenommen. Das linke Stimmband wurde exzidiert. Mikroskopische Diagnose: Papillom. Es wurde Dilatation mit O'Dwyer'schen Tuben gemacht.

M. Alfalt: Ohrausspülungen mit abwechselnd warmem und kaltem Wasser. Eine neue Behandlungsmethode gewisser Ohrenkrankheiten.

S. A. Pfannenstill: Ueber die Behandlung der Larynxtuberkulose mit Jodnatrium und Natriumhypochlorid.

In den letzten Jahren hat P. seine 1910 angegebene Methode in zwei Beziehungen geändert. Im Anfang wandte er Rauminhalationen von Wasserstoffsuperoxyd an; dies war aber kostspielig und unangenehm. Jetzt wendet er einen kleinen Handsprayapparat an, welcher von Steinmetz & Knetsch in Kassel unter dem Namen „Ulbrich's Refraichisseur" angefertigt wird.

Die Methode P.'s besteht bekanntlich darin, dass per os Jodnatrium gegeben wird und dann ein Stoff inhaliert wird, welcher imstande ist, das Jodnatrium zu spalten, so dass das Jod in statu nascendi seine antiseptische Wirkungen an dem Ort der Krankheit ausüben kann. Im Anfang wurde Ozon, später Wasserstoffsuperoxyd zur Inhalation verwendet. Die neue Modifikation besteht darin, dass P. jetzt die Carrel'sche Lösung von Natriumhypochlorid zur Inhalation gebraucht, aber in doppelter Stärke, d. h. eine 1proz. Lösung.

Die Behandlung wird so ausgeführt: Am Morgen bekommt der Pat. 1—2 g Jodnatrium per os in wässriger Lösung. Bald nachher fängt er mit den Inhalationen an und setzt damit mit einigen Pausen den ganzen Tag hindurch fort. Am Mittag bekommt der Pat. wieder 1 g Jodnatrium. Ein oder zwei Mal wöchentlich wird mit der Behandlung ausgesetzt. Auch bettlägerige und fiebernde Patienten können behandelt werden. Die Behandlung dauert in den leichteren Fällen einen Monat, in den schwereren 2—3 Monate.

Indikationen der Behandlung: Oberflächliche Ulzerationen und Infiltrate, die Lungentuberkulose nicht zu weit fortgeschritten, der Allgemeinzustand ziemlich gut, Nieren und Darm gesund.

Kontraindikationen: Tiefgehende, ulzeröse Prozesse, weit vorgeschrittene oder stark progrediente Lungentuberkulose, schlechter Allgemeinzustand, Tuberkulose des Darms oder der Nieren.

Löfberg: 1. Fall von Nasen-Lippen-Gaumenplastik.

15jähriger Knabe, der früher von anderer Stelle wegen Wolfsrachen operiert worden ist, aber mit unbefriedigendem Erfolg, indem der Mittelkiefer mit den Schneidezähnen weit hervorspringt. Erst wurden von einem Zahnarzt durch eine Schröder'sche Bandage und eine Sperrvorrichtung zwischen den Zähnen die beiden Oberkiefer von einander entfernt, dann wurde der Mittelkiefer zurückgelegt und festgenäht und der Defekt im Gaumen geschlossen. Am Ende wurde Nase und Oberlippe plastisch nach Lexer korrigiert.

2. Demonstration einer Doppelkürette für die Probeexzision aus dem Oesophagus mittels Oesophagoskopie.

Die Löffel der Kürette sind spitz, schneidend, so dass sie leicht in den Tumor eindringen können.

Ebbe Bergh: Ueber Gleichgewichtsstörungen bei Taubstummen.

J. Frieberg: Ueber West's endonasale Tränensackoperation und seine Prognose.

Die Technik ist im wesentlichen dieselbe, wie sie West angegeben hat. Die Meisselung wird erleichtert, wenn der Knochen erst mit einem Handbohrer durchgebohrt ist. Es muss so viel von der Knochenwand und der mittleren Muschel entfernt werden, dass am Ende der Operation eine Sonde durch den unteren Kanalikulus wagerecht in die Nase eingeführt werden kann. Fälle mit Stenose der Kanalikuli und Fälle, welche nach Bowmann operiert worden sind, wo aber die Schlitzung der Kanalikuli zu weit nach aussen liegt, sollten nicht operiert werden. Kontraindikationen sind ferner Lupus, Rhinitis atrophicans und eiterige Entzündungen der vorderen Nebenhöhlen der Nase.

Die Prognose hängt ab von der Expulsionskraft der Kanalikuli. F. hat 39 Fälle operiert mit mehr als 5 Monate Beobachtungsdauer. In 68 pCt. der Fälle war die Funktion eine gute. Unter den operierten katarrhalischen Dakryozystitiden geben 82 pCt. ein gutes Resultat, die übrigen hatten Rezidiv infolge Verschlusses der Oeffnung in der Nase. Alle Rezidive, welche nicht auf schlechte Funktion der Kanalikuli zurückzuführen sind, sollen reoperiert werden. Unter 12 solcher reoperierter Fälle geben 10 ein gutes Resultat.

Diskussion: C. Jacobson hat im ganzen 12mal nach West operiert. Die Blutung ist besonders bei Operation in Allgemeinnarkose sehr störend, aber auch bei Lokalanästhesie. Die Meisselschläge werden oft, besonders bei älteren Leuten, als sehr unangenehm empfunden. In zwei der Fälle J.'s war das Resultat ein schlechtes, indem kurz nach der Operation die Epiphora wieder eintrat. In einem dieser Fälle wurde der Tränensack später exstirpiert und es zeigte sich dann, dass der Sack nicht genügend freigelegt und die Sackwand nicht in genügender Ausdehnung exzidiert worden war.

N. Rh. Blegvad hat West's Operation in 6 Fällen ausgeführt. In einem Fall (ein kleines Mädchen, bei dem die Operation in Aethernarkose mit peroraler Tubage ausgeführt war) wurde eine Reoperation notwendig, weil die Oeffnung nach der Nase durch Granulationen verlegt wurde und eine seit langem bestehende

Tränenfistel an der Wange genäht werden musste. Die Epiphora schwand nicht gänzlich, wurde aber sehr gebessert. Auch bei einem Soldaten, der mehrere Jahre hindurch vergeblich an einer doppelseitigen Epiphora behandelt worden war, trat nach doppelseitiger Operation nur eine Besserung, keine völlige Heilung ein. Die anderen Fälle wurden vollständig geheilt. Nach der Operation wird täglich durch die Kanalikuli mit einer Lundsgaard'schen Kanüle gespült.

Berggren: Bei operativen Nasenblutungen hat Kocher-Fonio's Koagulen keine, Pituitrin mitunter einige Wirkung. Am besten ist intravenöse Einspritzung von 5 ccm einer 10proz. Kochsalzlösung.

Sitzung vom 3. Oktober 1917 in der oto-laryngologischen Klinik des Reichshospitals zu Kopenhagen.

E. Schmiegelow: Beitrag zur Pathologie der Bronchialdrüsentuberkulose.

Die Beobachtungen Sch.'s sind bereits in den Acta Oto-Laryngologica, Bd. I, H. 1, mitgeteilt (Ref. Zentralbl. 1918. S. 229). Zu den dort mitgeteilten drei Fällen eigener Beobachtung kommt noch ein vierter:

8 Monate altes Kind mit einfacher nichttuberkulöser Drüsengeschwulst im Mediastinum, die eine so hochgradige Stenose der Trachea hervorrief, dass der Tod trotz der Tracheotomie eintrat.

Diskussion: J. Kragh hat 4 Fälle gesehen, wo zerfallene Bronchialdrüsen einen Durchbruch in die Luftwege verursacht hatten. In 2 dieser Fälle konnte die Perforation gesehen werden, in den 2 anderen war die Perforation durch Narbengewebe verschlossen. Solche Narben sind sehr schwer zu sehen. Dreimal führte die Perforation in den rechten Bronchus, einmal in den linken. Tuberkulöse Bronchialdrüsen können auch durch indurative Schrumpfungen im Mediastinum Symptome, z. B. eine Parese des Nerv. recurrens hervorrufen.

Robert Lund: Knorpel und Hyperkeratosen in den Mandeln.

(In extenso in den „Acta Oto-Laryngologica" veröffentlicht.) Ref. Zentralbl. Dieses Heft. S. 53. (Nach dem offiziellen Sitzungsbericht.)

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXV. Berlin, April. 1919. No. 4.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **R. Schwarz. Bericht über 1076 Fälle von Grippe in einem württembergischen Feldlazarett.** *Württemb. med. Korresp.-Blatt. No. 11. 1919.*

Die Befunde bei 70 Sektionen ergaben als Charakteristikum eine meist überaus starke katarrhalische oder eitrige Laryngotracheobronchitis. Der Larynx und die Trachea waren oft ganz intensiv gerötet. Auf der Schleimhaut des Larynx, der Trachea und der Bronchien zeigten sich dünne, grauweisse bis graugelbe, leicht abziehbare Beläge. Einige Male war hochgradiges Oedem des Kehlkopfeinganges vorhanden. Die lymphatischen Organe des Rachenringes zeigten regelmässig entzündliche Schwellung und erhöhten Saftreichtum.

SEIFERT.

2) **Neuwirth** und **Weil** (Wien). **Klinische und pathologische Beobachtungen bei der sogenannten spanischen Krankheit mit schwerem Verlauf.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 43. 1918.*

Die Trachealschnitte ergaben: An der Oberfläche sind die basal gelagerten Zylinderzellen des Epithels stellenweise vorhanden, meistens fehlen sie auch, so dass die Basalmembran freiliegt. Die Gefässe der Submukosa sind ad maximum gefüllt, öfters waren Extravasate um die Gefässe. Die blutreichen Schleimdrüsen waren mitunter infiltriert mit kleinen Rundzellen und Leukozyten. Fibrinausscheidungen waren nicht vorhanden. Bakterien haben sich in diesen Schnitten nicht gefunden.

HANSZEL.

3) **M. Vernet. Ueber den Symptomenkomplex des Foramen lacerum posterius. (Sur le syndrome du trou déchiré postérieur.)** *Le Paris médical. Jan. 1917.*

Verf. beschreibt unter obiger Bezeichnung die kombinierte Lähmung des IX., X. und XI. Hirnnerven. Er beschreibt einen Fall, betreffend einen 52jährigen Mann mit Initialsklerose der rechten Oberlippenhälfte und Drüsenschwellung an derselben Seite. Pat. bekam eine Lähmung des Gaumensegels, des Kehlkopfs und Pulsbeschleunigung auf der erkrankten Seite; es bestanden ferner Geschmacks-

störungen, motorische Lähmung des Constrictor superior pharyngis und schliesslich sensible Störungen des Gaumensegels, des Pharynx, des Kehlkopfs und der Salivation. Diese Störungen besserten sich unter spezifischer Behandlung.

Verf. bemerkt, dass allein im Foramen lacerum posterius die drei Nerven gleichzeitig affiziert sein können, während der Fazialis, Akustikus und Hypoglossus intakt bleiben; er glaubt, dass manche Fälle, die als Avellis'scher oder Schmidt'scher Symptomenkomplex beschrieben werden, hierher gehören.

FINDER.

4) **Cäsar Hirsch. Zur Kasuistik der Halssteckschüsse.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 32. H. 1.*

Verf. beschreibt einen Fall von Halssteckschuss, bei dem das Projektil mit Verletzung der Trachealwand eine Zeitlang frei im Trachealuftraum schwebte; der zweite Fall zeigt die Seltenheit eines Geschosssitzes in der Schilddrüse. Interessant ist auch der Verlauf dieses Schusses: Os zygomaticum, Proc. alveolaris des Oberkiefers, horizontaler Unterkieferast, Halsweichteile.

BRADT.

5) **O. Marburg. Schussverletzung am Halse.** *Wiener med. Wochenschr. No. 9. 1918.*

Der Vortragende stellt in der Gesellsch. f. innere Med. u. Kinderheilk. in Wien (Sitzung vom 24. Januar 1918) eine geheilte Schussverletzung vor, wobei das Projektil ungefähr in der Mitte des Sternokleidomastoideus eingedrungen ist und zwischen 5. und 6. Halswirbel liegt. Es stellte sich eine typische zerebrale Hemiplegie in Kombination mit einer spinalen ein. Diese letztere ist wohl durch die Lage des Projektils zu erklären, die zerebrale aber gewiss nur durch die nötig gewordene Ligatur der Karotis.

HANSZEL.

6) **E. Frank** (Breslau). **Folgen einer Granatsplitterverwundung.** *Med. Klinik. No. 7. S. 176. 1919.*

Die Folgen einer Granatsplitterverwundung waren atrophische Lähmung des Kukullaris, Heiserkeit, Rekurrenslähmung und Neuroatrophie der Zunge. Der Granatsplitter muss dort liegen, wo Akzessorius und Hypoglossus nahe beieinander liegen. Die Lähmung der Schlundmuskulatur kommt in einer bisher noch nicht beschriebenen Weise sehr schön im Röntgenbilde zur Darstellung, dadurch, dass der Sinus piriformis eine Zeitlang gefüllt bleibt.

SEIFERT.

7) **K. Kofler** (Wien). **Fremdkörper.** Ges. der Aerzte in Wien, Sitzung vom 14. Juni 1918. *Wiener med. Wochenschrift. No. 26. 1918.*

Besprechung zweier Fälle von schwierigen Fremdkörperextraktionen. Im ersten Falle handelt es sich um ein aspiriertes Apfelgehäuse bei einem 3jährigen Knaben. Beim Versuch der Tracheoskopie trat Asphyxie auf. Mittels der Tracheotomia inferior holte man den Fremdkörper aus dem subepiglottischen Raum herunter. Schwere Nachblutung aus der Tracheotomiewunde machte die Strumektomie und Unterbindung beider Arteriae thyreoideae notwendig. Trotz schwerer Pneumonie und schwierigem Dekanulement nach fünf Wochen Heilung.

Im zweiten Falle handelte es sich um ein verschlucktes Holzstück, welches den Oesophagus in Klavikularhöhe perforiert hatte und welches mittels der Oesophagotomia externa entfernt wurde. Nach einigen Tagen Heilung. HANSZEL.

8) **Dufourmentel. Die verschiedenen Verfahren zur allgemeinen Narkose bei der Chirurgie des Gesichts und des Halses. (Les différents procédés d'anesthésie générale appliqués à la chirurgie cervico-faciale.)** *La Presse méd. No. 9. 1919.*

Für Kinder, schwächliche Erwachsene und Patienten mit Lungenaffektionen empfiehlt Verf. die rektale Aethernarkose. In Fällen, wo man in der Mundhöhle oder ihrer unmittelbaren Nachbarschaft operieren muss, empfiehlt er die Narkose mittels Laryngotomie; sie erlaubt in einem Minimum von Zeit die Ausführung der schwersten Operationen, z. B. Pharyngektomien. Sie ist das einzige Verfahren in Fällen, wo der Mund künstlich oder pathologisch geschlossen ist.

Das Verfahren besteht darin, dass man in Höhe der Membrana cricothyreoidea einen 3—4 mm langen Hautschnitt macht und dann eine Troikartkanüle in den Kehlkopf hineinsticht. Die Operation ist in einigen Sekunden gemacht. Die Kanüle wird mit dem Chloroform- bzw. Aetherapparat verbunden. Man muss, um das Auftreten eines leichten Grades von Hautemphysem zu vermeiden, die Kanüle einige Stunden nach der Operation liegen lassen. Das Verfahren hat den Vorzug der Einfachheit und Schnelligkeit der Anwendung; der Narkotiseur steht entfernt vom Operationsfeld; man kann den Pharynx völlig tamponieren; man kann bei geschlossenem Munde operieren und es tritt kein Erbrechen auf.

Die tracheale Tubage stellt nach dem Verf. nur eine Verbesserung der gewöhnlichen Inhalationsmethode dar; die Laryngotomie aber ist eine völlige Modifikation des Verfahrens. FINDER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

9) **A. Pugnat. Ein Fall von Missbildung des Naseneingangs beim Neugeborenen. (Un cas de malformation de la narine chez un nouveau-né.)** *Revue de laryngologie. 31. Mai 1918. No. 10.*

Zwanzig Tage altes Kind zeigte eine ovale tumorartige Bildung, welche das linke Nasenloch völlig verlegte; sie hatte die Form eines Glockenklöppels und entsprang mittels eines Stiels von dem oberen Winkel des Nasenloches und hatte einen gewissen Grad von Beweglichkeit. Entfernung der Geschwulst mittels Galvanokaustik. Das Naseninnere erwies sich als normal. Die Geschwulst mass 8 mm in der Länge und 5 mm in der Breite. Mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst nur aus zwei adhärenten Schichten von Epidermis bestand; in den Elementen der Epidermis war nichts ungewöhnliches ausser einigen kleinen entzündlichen Herden rings um die Talgdrüsen; es handelte sich also um eine Verlängerung der Haut am Rand des Nasenloches. Ausserdem zeigte das Kind eine Veränderung am rechten Auge, die als Folge einer exsudativen Iritis im Intrauterinleben betrachtet wurde. FINDER.

10) **A. Brown Kelly. Kongenitale Anhängsel oder Teratoidtumoren der Nasenscheidewand. (Congenital appendages or teratoid tumours of the nasal septum.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Juli 1918.*

Es werden zwei Fälle mitgeteilt, deren Photographien in der Sitzung der Laryngological Section vom 1. März 1918 demonstriert wurden. In beiden handelte es sich um 2 Monate alte Kinder, der Tumor sass jedesmal ganz vorn am Septum. Eine mikroskopische Untersuchung ist in keinem Fall gemacht worden. Verf. gibt eine Uebersicht über die in der Literatur berichteten Fälle (Haenisch, Farlow, Onodi, Jenkins, Tweedie und Keith).

FINDER.

11) **A. J. Brady** (Sidney). **Atresie der Choane; ein einfaches Verfahren zur Verhütung der Neubildung des Verschlusses nach seiner Beseitigung. (Atresia of the choanae; a simple device for prevention of re-formation of the obstruction after its removal.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. März 1919.*

$8^1/_2$jähriges Kind mit kongenitaler beiderseitiger Choanenatresie wurde Mai 1908 mit Trephine und Keilbeinhöhlenzange operiert, worauf es durch beide Nasenlöcher atmen konnte; März 1917 war wieder völlige Verwachsung eingetreten. In Aethernarkose wurde die Verwachsung wieder beseitigt. Es wurde nun ein langer Bismuthgazestreifen durch die eine Nase eingeführt, bis er mit dem Finger im Nasenrachenraum gefühlt werden konnte; durch die andere Nase wurde eine Nasenzange eingeführt, bis sie das Ende des Gazestreifens fasste und dieser wurde durch die Nase herausgezogen. Beide Enden wurden dann über dem häutigen Septum zusammengeknüpft. Täglich wurde der Knoten von der Wärterin gelöst, an das eine Ende der Gaze ein neuer Streifen angenäht, durchgezogen und wieder geknotet. Nach 2 Wochen wurde der Verband definitiv entfernt. In diesem und einem anderen bald danach operierten Fall trat ein dauerndes gutes Resultat ein.

FINDER.

12) **Otto Schlaginhaufen. Schädel eines an Gundu erkrankten Melanesiers.** *Sep.-Abdr. aus d. Mitteilungen der Geographisch-Ethnographischen Gesellschaft in Zürich. 1917/1918.*

Beschreibung eines mazerierten Schädels, von den Feni-Inseln stammend, mit pathologischen Bildungen, die offenbar durch die in Afrika als „Gundu“ bezeichnete Krankheit hervorgerufen sind. Die pathologischen Erscheinungen des Schädels bestehen: 1. in zwei markanten, zu beiden Seiten des Nasenskelettes befindlichen Knochenprominenzen, 2. in Veränderungen der Knochenoberfläche im Bereich dieser Knochenwülste und ihrer näheren und weiteren Umgebung, 3. in Begleiterscheinungen verschiedener Art und Bedeutung.

Was die Aetiologie der Krankheit anbelangt, so hält es Verf. nicht für ganz ausgeschlossen, dass gewisse Stellen des Nasenhöhlensystems — vielleicht die gegen den Proc. front. ossis maxillaris gerichtete Ecke des Antrum Highmori oder die meist grubig vertiefte Fläche zwischen Crista conchalis und Crista ethmoidalis — sich zur Eiablage resp. zur Ansiedelung von Larven als besonders günstig erweisen und dass direkt oder indirekt unter dem Einflusse der Larven die Prozesse zur Auslösung kommen, welche die für die Gundu-Krankheiten charakteristischen Knochenveränderungen im Gefolge haben.

FINDER.

13) **Macleod Yearsley. Der Wert der endorhinoskopischen Untersuchung. (The value of endorhinoscopic examination.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Januar 1918.*

Verf. plaidiert für die Anwendung des elektrischen Nasopharyngoskops von Holmes. Er zeigt zunächst an der Hand einiger Skizzen die Vorteile, welche das Instrument für die Untersuchung der Gegend der Tubenmündung und der Rosenmüller'schen Grube bietet, wie man mit seiner Hilfe Reste von Adenoiden, die in dieser Gegend stehen gelassen worden sind, leicht auffinden kann usw. Verf. hat sich nun des Instrumentes auch mit Vorteil zur Untersuchung der Nasenhöhle bedient; er hat es auch in die unter der unteren Muschel angelegte Oeffnung bei operierter Kieferhöhle eingeführt, um die Höhle abzuleuchten. Kleine Polypen usw. in der Nasenhöhle, die bei der Rhinoscopia anterior nicht entdeckt wurden, wurden mittels der Anwendung des Holmes'schen Instrumentes gefunden. FINDER.

14) **Alfred Eberth. Ueber Cephalaea nasalis.** *Inaug.-Dissert. Würzburg 1919.*

Verf. erörtert zunächst die verschiedenen Formen nasalen Kopfschmerzes und die für seine Entstehung gegebenen Erklärungen. Er gibt sodann einen Ueberblick über 24 in der Würzburger Poliklinik (O. Seifert) beobachtete Fälle von Kopfschmerz aus nasaler Ursache. FINDER.

15) **Neunhoeffer** (Stuttgart). **Zur Erkrankung der Tränenwege.** *Württemb. med. Korresp.-Blatt. No. 12. 1919.*

Bei der unbedingt nötigen Untersuchung der Nase, bei welcher auch die feinsten Veränderungen, hauptsächlich im unteren Nasengang, zu beachten sind, ergibt sich in der Regel Schwellung und Rötung der Schleimhaut und mässige Vergrösserung der unteren Muschel, die dem Nasenboden sehr nahe aufliegt, so dass der Raum zwischen unterer Muschel und Nasenboden an und für sich sehr eng ist. Darin ist ein prädisponierendes Moment für die Entstehung der Tränenleiden zu sehen. SEIFERT.

16) **Levinstein** (Berlin). **Ueber hereditäre Anosmie.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 32. H. 1.*

Verf. nimmt eine hereditäre Minderwertigkeit der Riechschleimhaut an, die sich darin äussert, dass diese Insulten, wie sie das tägliche Leben mit sich bringt, nicht ausreichenden Widerstand entgegenzusetzen geeignet ist. Durch diese Tatsache ist die verhältnismässig häufig zurückbleibende dauernde Anosmie nach gewöhnlichem Schnupfen zu erklären. BRADT.

17) **G. Elmiger** (Basel). **Ozaena in den Baseler Volksschulen.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 32. H. 1.*

Verf. kommt nach seinen Beobachtungen zu dem Resultat, dass die genuine Ozaena unter den Baseler Schulkindern selten (0,46 pCt.), unter Erwachsenen aus den ärmeren Schichten häufiger ist. Die besondere Nasenweite kann niemals die alleinige Ursache der Ozaena, wohl aber ein Grund zum Manifestwerden sein. Fötor und Borkenbildung können trotz Muschelatrophie in jugendlichem Alter

fehlen. Kurzes Septum und kurzer breiter Gaumen sind charakteristisch für Ozaena. Häufig bestehen auch labyrinthäre Ohraffektionen. Die Wassermann'sche Reaktion fällt bei ozaenösen Personen jenseits des Pubertätsalters negativ aus, dagegen ist oft kongenitale Lues die Ursache ozaenaähnlicher Zustände.

BRADT.

18) **Henri Caboche. Septotomie und Wangenlappen. (Septotomie et lambeaux jugaux.)** *La Presse méd. No. 4. 1919.*

Verf. beschreibt eine Methode, die er bei Verletzungen der Nasenflügel und des vorderen Septumabschnittes angewandt hat. Die Details sind im Original nachzulesen.

FINDER.

19) **Kassel** (Posen). **Historisches über die Steckschüsse der Nase und deren Nebenhöhlen.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 32. H. 1.*

Kurze Uebersicht der älteren Literatur der obengenannten Steckschüsse.

BRADT.

20) **Bodkin. Die Kieferhöhle bei Mastoiditis. (The maxillary antrum in mastoiditis.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Juli 1918.*

Verf. hat in 50 aufeinander folgenden Fällen von Mastoidoperation am Ende der Operation beide Kieferhöhlen mittels der Watson-Williams'schen Probepunktionsspritze ausgewaschen, indem 10 ccm steriles Wasser mehrmals in die Höhle eingespritzt und wieder herausgezogen wurden. Etwas von dem Spülwasser wurde in ein steriles Röhrchen getan und bakteriologisch untersucht. Wurde nur ein geringes Wachstum von Staphylokokken oder Streptokokken festgestellt, so wurde dies als negatives Resultat betrachtet. Nur das Wachstum in Verbindung mit dem reichlichen Vorkommen polymorphnukleärer Zellen wurde als positiv angesehen. Beide Kieferhöhlen waren in 40 pCt. der Fälle infiziert, und zwar in 25 pCt. der akuten und 50 pCt. der chronischen; die dem erkrankten Warzenfortsatz entsprechende Kieferhöhle war in 30 pCt., die Kieferhöhle der anderen Seite in 12 pCt. der Fälle erkrankt. Nur in 18 pCt. der Fälle erwiesen sich die Kieferhöhlen als steril; infiziert waren sie in 82 pCt., davon in 16 pCt. voll von Eiter. Die Infektion war in 2 pCt. durch Pneumokokken, in 38 pCt. durch Staphylokokken, in 20 pCt. durch Streptokokken und in 40 pCt. durch Staphylo- und Streptokokken bedingt.

Auf die Frage, ob die Kieferhöhleninfektion das Primäre ist oder ob sie sekundär zu der Otitis media hinzukommt und ob es sich in letzterem Fall um eine Ausbreitung der Infektion oder um eine passive Ansammlung von Eiter handelt, kann Verf. keine genügende Antwort geben.

FINDER.

21) **J. C. Henkes** (den Haag). **Latente Entzündung der Siebbeinzellen, auch in Beziehung zu Reflexneurosen. (Latente Ontsteking der Zeefbeencellen, mede in verband met Reflexneurosen.)** *Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 15. S. 1177. 1919.*

Mitteilung von einigen Fällen von „Ethmoiditis hyperplastica“. Nach Er-

öffnung der Zellen Heilung. Verf. benutzt zur Diagnose sehr kleine Lämpchen (Zystoskopmodell), welche in den mittleren Nasengang eingeführt werden.

VAN GILSE.

22) **Becker. Ein Beitrag zur Behandlung der Gehirnschüsse mit Stirnhöhlenverletzung.** *Münchener med. Wochenschr. No. 3. S. 74. 1919.*

Verf. stellt die Forderung auf, in allen Fällen von Gehirnschüssen, die mit einer Eröffnung der Stirnhöhle einhergehen, die ganze Vorderwand abzutragen und die verletzte Hinterwand, die dann frei zutage liegt, nach den üblichen Regeln der Schädelschussbehandlung zu versorgen. Er beschreibt 3 eigene Fälle.

KOTZ.

23) **P. J. Mink. Eine osteoplastische Methode zur Eröffnung der Stirnhöhle.** *Arch. f. Laryng. u. Rhinol. Bd. 32. H. 1.*

Verf. gibt eine besonders für die probatorische Eröffnung der Stirnhöhle oder für solche Fälle, wo die Ausräumung der erkrankten Schleimhaut genügt, geeignete Operationsmethode an. Er bildet einen in der Höhe der Stirnhöhle liegenden, nach unten abklappbaren Knochenlappen, mit welchem nach Beendigung des Eingriffes die Operationsöffnung wieder verschlossen wird. Vermieden werden hierbei die entstellenden, stark eingezogenen Narben.

BRADT.

c) Mundrachenhöhle.

24) **G. Hofer** (Wien). **Amyloidose des Mundes und des Larynx.** *Wiener med. Wochenschr. No. 14. 1918.*

Demonstration von Bildern einer Frau mit obiger Erkrankung mit dem Hinweise, dass bisher nur 6 derartige Fälle in der Literatur bekannt sind.

HANSZEL.

25) **Rusch. Tuberkulose der Zunge.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 32. 1918.*

Vorstellung eines 63 jährigen Mannes in der Wiener dermat. Gesellschaft (Sitzung vom 28. Juni 1917) mit kalten Abszessen des Zungenkörpers und tief im Zungenkörper sitzenden, derben, im Zentrum eitrig zerfallenden Knoten. Auch Phthisis pulmonum.

HANSZEL.

26) **Domenico Tansurri. Ein neues Gaumensymptom bei hereditär-syphilitischen Kindern.** *La Pediatria. Fasc. I. 1919.*

Die Veränderung besteht darin, dass der freie Rand des Gaumensegels in Höhe des vorderen Gaumenbogens und der Basis der Uvula gezackt erscheint; diese Zackung ist die Folge kleiner Erosionen, die sich auf 1—2 mm Breite erstrecken. Die Uvula selbst behält ihre Beweglichkeit. Die stete beiderseitige Veränderung ist nach Ansicht des Verf.'s pathognomonisch. Verf. hat sie bei Personen jedes Lebensalters beobachtet bis zum 20. Jahre; in allen seinen Fällen war die Wassermannreaktion positiv.

FINDER.

27) **Philp Mitchell** (Edinburgh). **Primäre Tuberkulose der Gaumenmandeln bei Kindern. (Primary tuberculosis of the faucial tonsils in children.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Januar/Februar 1918.*

Die Untersuchungen wurden angestellt an Tonsillen, die bei Kindern mit Tuberkulose der oberen tiefen Zervikaldrüsen entfernt worden waren, und an hypertrophierten Tonsillen, die bei solchen Kindern entfernt waren, die weder klinische Anzeichen einer Halsdrüsentuberkulose, noch einer an anderer Stelle lokalisierten Tuberkulose aufwiesen. Von der ersten Gruppe wurden 106 Tonsillen, von der zweiten 100 Tonsillen untersucht, und zwar bezogen sich die Untersuchungen auf die klinischen Daten, auf die mikroskopische Untersuchung, ferner wurden experimentelle Untersuchungen angestellt, um den Typus der Tuberkelbazillen und die Infektionsquellen festzustellen, den Schluss bilden pathologische Betrachtungen über die Beziehung zwischen den Infektionskanälen und den befallenen Drüsen.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die Tuberkulose der oberen tiefen Halsdrüsen entwickelt sich weit häufiger, als man glaubt, von einem primären Herd in den Gaumentonsillen.

2. Primäre Tuberkulose der Gaumentonsillen kann nur mit Hilfe des Mikroskops und durch Impfversuche festgestellt werden. Die Veränderungen finden sich an bestimmten Stellen, nämlich unmittelbar unter dem Oberflächenepithel und nahe der Lakunenmündung, in den tieferen Portionen der Krypten oder tief in den Tonsillen, nahe der Kapsel. Die ersterwähnte Lokalisation ist die häufigere.

3. Hypertrophische Tonsillen sind der Sitz primärer Tuberkulose, wenn auch selten im Vergleich zu Tonsillen von Fällen mit Zervikaladenitis.

4. Die Versuchsergebnisse zeigen, dass — jedenfalls in Schottland (die Untersuchungen des Verf.'s stammen aus Edinburg) — die primäre Tuberkulose der Gaumentonsillen bei Kindern häufiger zurückgeführt werden muss auf das Trinken von Milch tuberkulöser Kühe als auf Inhalation von menschlichen Tuberkelbazillen.

5. Tuberkelbazillen vom Typus humanus und Typus bovinus sind in den Tonsillarkrypten vorhanden bei einem kleinen Prozentsatz von Kindern ohne nachweisbare tuberkulöse Veränderungen weder in den Tonsillen noch sonstwo.

6. In allen Fällen von tuberkulöser Halsdrüsenentzündung bei Kindern ist die Tonsillektomie wesentlich.

7. Die Prognose wird sehr wenig beeinflusst bei Kindern, bei denen die Gaumentonsillen und Halsdrüsen gleichzeitig tuberkulös erkrankt sind.

8. Milch, die für Säuglinge und Kinder gebraucht wird, muss durch Kochen sterilisiert werden.

FINDER.

28) **R. Vitto-Massei. Ueber einen Fall von Angioma cavernosum der Uvula und des Gaumens. (Su di un caso di angioma cavernoso dell' ugola e del palato.)** *Arch. Ital. di laringologia. Heft 7. 1917.*

Nach einer Uebersicht über die in der Literatur berichteten Fälle teilt Verf. eine eigene Beobachtung mit, betreffend einen 25jährigen Mann. Es handelte sich um ein Fibroangiom vom Umfang eines Daumens und einige Zentimeter lang. Es

wurde mit der Glühschlinge abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose Angioma cavernosum. FINDER.

29) **William A. Scrutan. Hemiplegie nach Tonsillektomie. (Hemilpegia after tonsillectomy.)** *The Laryngoscope. Februar 1917.*

Bei einem 11jährigen Mädchen wurde in Allgemeinnarkose die Tonsillektomie vorgenommen. Im unteren Teil der linken Fossa blieb ein kleines Stück der Tonsille zurück, das später mittels Zange und Schlinge entfernt wurde. Am folgenden Morgen war die linke Seite gelähmt; während der 48 auf die Operation folgenden Stunden stieg die Temperatur an und fiel erst im Laufe der nächsten Tage zur Norm ab. Nach 72 Stunden begann die Beweglichkeit im Bein und kurz danach im Arm sich wiederherzustellen. Nach 2 Wochen konnte das Kind einhergehen und verliess einen Monat später das Hospital. Der in der linken Fossa zurückgelassene Tonsillarrest musste wiederholt mit der Zange gefasst werden, es entstand erheblicher Traumatismus, es musste kräftig getupft werden und so kann es gekommen sein, dass ein Gerinnsel in die Blutbahn gelangte. Sechs Monate nach der Operation schien das Bein völlig wiederhergestellt, nur im Fuss bestand noch eine Athetose, auch mit dem Arm konnten alle Bewegungen ausgeführt werden, jedoch geschah die Ausführung langsam und in der Hand wurde Athetose beobachtet. Das Gesicht zeigte noch Lähmung am Mundwinkel. FINDER.

30) **E. Lee Myers. Oedema glottidis (?) nach Tensillektomie. (Oedema of the glottis (?) following tonsillectemy.)** *The Laryngoscope. Februar 1917.*

Es handelte sich um einen plethorischen Mann, bei dem die Tonsillen unter lokaler Anästhesie mit Einspritzungen von Chinin-Harnstoff enukleiert wurden. Bei der Entfernung der rechten Tonsille trat eine kleine arterielle Blutung auf, die durch Torsion gestillt wurde. In der Nacht trat hochgradige Asphyxie auf. Laryngoskopie zeigte eine turbanförmige Epiglottis mit Infiltration der aryepiglottischen Fallen. Die Stimmbänder waren frei. Eisschlucken, Eisumschläge; Heilung.

Verf. hat beobachtet, dass nach Enukleation versenkter Tonsillen mit Adhäsionen leicht Oedem der Uvula und der hinteren Gaumenbögen auftritt, besonders wenn der Pat. vollblütig ist. Er glaubt, dass das Oedem zurückzuführen ist auf Verletzung der Weichteile. FINDER.

31) **Martha Wollstein. Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie des Mumps.** *Journal of the Amer. med. Association. 24. August 1918. S. 639.*

Verf. hat als Versuchstiere Katzen benutzt, da diese auch spontan an Parotitis erkranken; sie hat Patienten, die an Mumps litten, mit physiologischer Kochsalzlösung den Mund ausspülen lassen, die Spülflüssigkeit durch ein Berkefeld-Filter filtriert und 1—2 ccm davon den Versuchstieren injiziert. In den nächsten Tagen trat eine Temperatursteigerung ein, am 6.—7. Tage schwollen die Parotiden und die Hoden an und wurden druckempfindlich. Vom 2. Tage nach der Injektion trat eine deutliche Leukozytose ein, die mit täglichen Schwankungen 8—10 Tage anhielt, erst in der dritten Woche begannen alle Symptome abzu-

nehmen: zuerst verschwand die Leukozytose, dann die lokalen Symptome, zuletzt das Fieber.

Verf. konnte die Krankheit von Katze auf Katze übertragen, indem sie entweder Speichel oder Emulsionen der Parotis oder der Testikel injizierte, die auf der Höhe der Krankheit von infizierten Tieren genommen waren. Die Einimpfung von Speichel, Parotis- und Testikelemulsion nicht infizierter Tiere war stets negativ. Niemals war der Verlauf der experimentell hervorgerufenen Erkrankung tödlich.

Die Versuche der Verf. zeigten, dass der Speichel besonders während der ersten drei Tage virulent ist, und dass die Virulenz vom neunten Tage an aufhört. Es scheint also, dass die Periode der Infektiösität des Mumps sehr kurz ist, ungefähr eine Woche dauert und der Periode der Drüsenschwellung entspricht.

Verf. hat Versuchstiere 2—3 Monate nach der ersten Erkrankung reinokuliert; keines derselben zeigte Anzeichen von Erkrankung. Das Serum geheilter Tiere wurde 2 Stunden lang bei 37° mit dem Virus in Kontakt gelassen; keines der mit dieser Mischung geimpften Tiere zeigte die Symptome, welche die mit dem Virus allein oder mit einer Mischung von dem Virus und Serum nicht infizierter Katzen geimpften Tiere zeigten.

Das Serum der geimpften Tiere enthält also immunisierende Körper, die fähig sind, das Virus zu neutralisieren, und man kann also seine therapeutische Verwendung bei Mumps ins Auge fassen.

FINDER.

d) Diphtherie und Croup.

32) **R. Deussing** (Barenbeck). **Influenza bei Diphtherie und Scharlach.** *Med. Klinik. No. 10. 1919.*

Auf der Diphtherieabteilung wurden wiederholt beobachtet Kombinationen von Diphtherie und Influenza: a) Nasendiphtherie auf dem Boden einer abgelaufenen oder frischen Influenza, Verstopfung der Nase, Nasenblutungen, Pseudomembranen in dem vorderen und hinteren Nasenabschnitte, b) Rachendiphtherie mittlerer Schwere, öfter kombiniert mit Nasen- und Kehlkopfdiphtherie, c) Kehlkopf- und Trachealdiphtherie, welche die schwersten Komplikationen der Grippe von Seiten der Diphtherie bildeten. Auch reine Larynx- und Trachealaffektionen können bei Kindern diphtherieähnliche Krankheitsbilder mit ausgesprochenen Crouperscheinungen verursachen.

SEIFERT.

33) **J. D. Rolleston. Kehlkopfdiphtherie bei Erwachsenen. (Diphteria of the larynx in adults.)** *The clinical Journal. 1. November 1916.*

Verf. hat unter 821 Fällen von Diphtherie bei Erwachsenen nur 4 Fälle mit Lokalisation der Erkrankung im Kehlkopf gesehen. Er berichtet über diese 4 Fälle, von denen 3 tödlich verliefen. Hervorgehoben werden folgende Momente: Die schwere Prognose, das Fehlen oder späte Auftreten schwerer Dyspnoe, ausgesprochene Prostration und schlechtes Allgemeinbefinden; Unwirksamkeit des Serums und anderer Behandlungsarten; plötzlicher Charakter des tödlichen Ausgangs.

FINDER.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

34) **Chevalier Jackson. Akromegalie des Kehlkopfs.** *The Journal Amer. med. Association. 30. November 1918.*

Es ist auffallend, dass, obwohl die Veränderung der Stimme bei Fällen von Akromegalie beobachtet wurde, keine Angaben über den Larynxbefund vorliegen. Verf. berichtet über 4 Fälle von Akromegalie, in denen er die Veränderungen am Larynx mittels Laryngoskopie und Radioskopie studierte. In einem Fall vermerkte er Hypertrophie und Ossifikation des Schildknorpels. In einem Fall waren die asphyktischen Erscheinungen so stark, dass schnellstens Tracheotomie gemacht werden musste.

Die Veränderung der Stimme kann sowohl bedingt werden durch Veränderungen des Kehlkopfs, als durch die Umgestaltung der Resonanzhöhlen, durch Hypertrophie der Zunge usw. FINDER.

35) **Andrew Wylie** und **Wyatt Wingrave. Fünfzig Fälle von gutartigen Kehlkopfgeschwülsten mit pathologischem Befund. (Fifty cases of innocent laryngeal growths, with pathological report.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Februar/März 1918.*

Der Bericht umfasst: 18 Papillome, 4 Fibro-Papillome, 13 Fibrome, 6 seroödematöse Geschwülste (weiche Fibro-Papillome) und 8 nicht klassifizierte Geschwülste. Wyatt Wingrave gibt Details über die histologische Struktur der verschiedenen Geschwulsttypen. Es werden ferner im Anschluss an die Fälle Erörterungen angestellt über die Symptomatologie der benignen Kehlkopfgeschwülste, ihren Sitz, ihre Behandlung. Was letztere anbetrifft, so wurden die Geschwülste in 45 Fällen mittels indirekter Laryngoskopie durch die Zange oder Schlinge entfernt oder mit dem Galvanokauter zerstört. Die direkte Methode wird nur für die Fälle empfohlen, wo die indirekte Methode versagt. Die Schlinge wurde in 3 Fällen angewandt, und zwar handelte es sich um gestielte subglottische Tumoren. Der galvanokaustische Spitzbrenner wird empfohlen, wenn es sich um ein Angiom oder eine Zyste handelt, oder wenn nach der Zangenoperation ein kleiner Rest der Geschwulst stehen geblieben ist. Jedoch hatte Verf. in 4 so behandelten Fällen unangenehme Nachwirkungen in Gestalt von Dyspnoe, Dysphagie und Prostration zu verzeichnen; auch ist ein Nachteil der Galvanokaustik, dass eine mikroskopische Untersuchung der Geschwulst nicht möglich ist.

Was die Endresultate anbetrifft, so konnte unter 46 Fällen in 38 Heilung innerhalb einiger Wochen festgestellt werden, in 6 Fällen trat Rezidiv ein, in einem Fall mehrere Male, aber alle wurden schliesslich geheilt. FINDER.

36) **Luigi Ajello. Ein ungewöhnlicher Fall von Kehlkopfpapillom. (Un caso non comune di papilloma laringeo.)** *Arch. Ital. di laringologia. H. 2. 1917.*

Die Diagnose wurde in diesem Fall dadurch irregeleitet, dass die Eltern mit Bestimmtheit angaben, die Dyspnoe sei entstanden, nachdem das Kind einen Monat vorher einen Pflaumenkern verschluckt habe. Der Verdacht auf einen Fremdkörper wurde dadurch bestärkt, dass bei der Auskultation hinten unten Zeichen von

Bronchostenose sich ergaben. Röntgenaufnahme negativ. Eine Kehlkopfuntersuchung war wegen Ungebärdigkeit des Kindes unmöglich. Erst eine mehrere Monate später vorgenommene Untersuchung ergab das Vorhandensein multipler Kehlkopfpapillome. Verf. behandelt die Papillome durch Auskratzung mittels gefensterter Tuben; nach der ersten derartigen Manipulation trat in diesem Fall ein Hautemphysem am Halse auf. FINDER.

37) **Emil Mayer** (New York). **Angiom des Kehlkopfes. (Angioma of the larynx.)** *Medical Record. New York. Juni 1916.*

Der Fall betraf eine 52 jährige Frau, die an Heiserkeit und Hämoptoe litt. Es fand sich ein die linke Kehlkopfhälfte einnehmender Tumor, der sich von der Unterfläche des Taschenbandes nach unten erstreckte; er war von bläulichgrauer Farbe, mit der Sonde bewegbar und verdeckte das Stimmband völlig. Laryngofissur (Elsberg); es zeigte sich, dass der Tumor von der hinteren Hälfte des Stimmbandes ausging, sich in den Ventrikel hinein erstreckte und einen grossen Teil des Taschenbandes einnahm, er war 2 cm lang und $1^1/_2$ cm breit. Es stellte sich nach Durchschneidung der Schleimhaut oberhalb des Tumors als notwendig heraus, einen Teil des Schildknorpels, das ganze Taschenband, einen Teil der Ventrikelwand und die hintere Hälfte des Stimmbandes zu exstirpieren. Danach Naht der Schleimhaut. Nach 3 Monaten war keine Spur des Tumors mehr zu entdecken. Mikroskopische Untersuchung ergab Hämoangiom. FINDER.

38) **U. L. Torrini. Beitrag zur Kenntnis der Vallekulazysten. (Contributo alla conoscenza delle cisti della vallecula.)** *Arch. Ital. di laring. H. 2. 1917.*

Die Zyste nahm fast die ganze Ausdehnung des Querdurchmessers des Pharynx ein und ungefähr die Hälfte des antero-posterioren Durchmessers. Da die Abtragung der Zyste mit der Schlinge nicht gelang, so wurde die Zystenwandung mit schneidenden Zangen entfernt. Nach etwa 3 Wochen war aber bereits wieder eine Zyste von der Grösse einer grossen Mandel vorhanden. Trotzdem diesmal die Insertionsstelle der Zyste nach Abtragung mittels Zangen gründlich mit dem Galvanokauter verätzt wurde, traten noch zweimal Rezidive ein. Erst als Verf. die Zyste mittels einer Zange ergriff, so weit wie möglich in die Höhe zog und mit einer gekrümmten Schere möglichst nahe an der Insertionsstelle abtrug, dann mit Chlorzink ätzte und diese Sitzungen 14 Tage lang jeden zweiten Tag wiederholte, trat definitive Heilung ein. FINDER.

39) **Irwin Moore. Karzinom des Kehlkopfinnern und die Operation der Laryngofissur. (Intrinsic cancer of the larynx and the operation of laryngofissure.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Mai, Juni, Juli, August 1918.*

Die Arbeit stellt eine ausführliche und sorgfältige Monographie über das Thema dar. Es wird Häufigkeit, Vorkommen nach Geschlecht und Alter, Klassifikation der verschiedenen Formen von Kehlkopfkrebs, Diagnose, die Frage der Probeexstirpation behandelt, und Verf. geht dann auf sein eigentliches Thema, die Laryngofissur, ein. Nach einem sehr ausführlichen geschichtlichen Ueberblick über die Operation, die zuerst von Désault 1812 empfohlen und von Brauers (Löwen)

1833 zuerst ausgeführt worden ist, und nach einer statistischen Uebersicht über die Resultate derselben stellt Verf. die Indikationen für die Laryngofissur auf. Für die regionäre Infiltration zur Blutleermachung des Operationsfeldes verwendet Verf. mit Vorliebe „Eudrenin“, eine Mischung von Eukain und Suprarenin, die in Ampullen in den Handel kommt, zur allgemeinen Narkose zieht er Chloroform in diesen Fällen dem Aether vor. Verf. schildert dann genau den Gang der Operation. Er ist ein Anhänger der präliminaren Tracheotomie, und zwar empfiehlt er eine mittlere Tracheotomie, d. h. durch den dritten und vierten Trachealring. Sehr grosses Gewicht legt Verf. darauf, dass vor der Eröffnung des Larynx mittels einer Spritze durch die Membrana crico-thyreoidea etwas Kokainlösung in das Larynxinnere eingespritzt wird; ebenso soll vor Eröffnung der Trachea etwas Kokainlösung in diese eingespritzt werden. Die Tracheotomiekanüle kann dann ohne jede Reflexwirkung eingelegt werden. Verf. bildet eine Schere ab, nach Art eines Konchotoms, zur Durchtrennung der Trachealringe, die auch dazu dient, den Ringknorpel und den unteren Teil des Kehlkopfs, wenn dieser verknöchert ist, zu durchschneiden; ebenso gibt er die Abbildung einer Schere für die Durchtrennung des Schildknorpels. Sehr wichtig ist, dass die Geschwulst subperichondral entfernt wird, d. h. dass nach Eröffnung des Larynx von dem Schnittrande des Schildknorpels aus mit einem Elevatorium das Perichondrium abgehebelt wird. Zum Ausschneiden des erkrankten Stimmbandes bedient sich Verf. verschiedener, teils gerader, teils gebogener Scheren. Die äussere Wunde wird durch Nähte geschlossen bis auf die Trachealöffnung, die offen gelassen wird, damit Sekret von der Wunde oder den Luftwegen ausgehustet oder im Notfall die Kanüle wieder eingeführt werden kann. Bezüglich der Frage, ob die Kanüle gleich nach der Operation entfernt werden soll, äussert sich Verf. dahin, dass die Kanüle in der Mehrzahl der Fälle nach der Operation entfernt werden kann, während in einigen wenigen Fällen diese unmittelbare Entfernung gefährlich werden kann. Es ist sicherer, die Kanüle liegen zu lassen in den Fällen, in denen bekannt ist, dass ein hoher Blutdruck besteht, ferner, wenn bei Entfernung der Geschwulst eine beträchtliche. schwer zu beherrschende Blutung aufgetreten ist, oder wenn der Patient nicht gleich durch den Operateur zu erreichen ist. Um zu vermeiden, dass die Kanüle, besonders nach tiefer Tracheotomie, wenn der Patient aus der Operationslage wieder ins Bett gebracht ist, herausschlüpft, was bei kurzen Kanülen leicht passieren kann, empfiehlt Verf. die lange Durham'sche Kanüle. Nach der Operation ist der Patient in sitzender Lage zu halten und kann bereits am nächsten Tage 2 Stunden lang in einem Sessel sitzen. Den Schluss der durch eine Reihe von Illustrationen erläuterten Arbeit bilden Bemerkungen über Nachbehandlung und Resultate der Operation.

FINDER.

40) **Gherardo Ferreri. Histologische und klinische Entwicklung eines Kehlkopfkrebses. (Evoluzione istologica e clinica di un cancro della laringe.)** *Arch. Ital. di laringologia. H. 1. 1918.*

Verf. hat 2 Fälle von Kehlkopfkarzinom bei Frauen in verhältnismässig jungen Jahren (35 und 50) beobachtet. Von der Gesamtzahl seiner Karzinomfälle betrafen 45 pCt. Männer im Alter zwischen 50 und 60 Jahren.

In einem Fall geht die Entwicklung der Krankheit bis auf das 29. Jahr zurück. Verf. gibt von diesem sehr sorgfältig beobachteten Fall, von dem in den verschiedenen Stadien mikroskopische Untersuchungen vorliegen, eine ausführliche Krankengeschichte. Pat. wurde im Mai 1913 heiser; Verf. stellte einen warzigen Tumor am linken Stimmband fest; er wurde in Schwebelaryngoskopie entfernt, die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um einen gutartigen Tumor handelte, der alle Charakteristika eines Papilloms hatte (Abbildung). Da die Insertionsbasis des Tumors noch stehen geblieben war, so wurde Pat. 6 Radiumsitzungen unterworfen. Nach denselben wurde wieder ein kleiner Tumor am Stimmband nahe der vorderen Kommissur entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab jetzt ein wesentlich anderes Bild als bei dem zuerst entfernten Tumor (Abbildung). Es wurden im Januar und Februar 1914 wieder endolaryngeale Eingriffe gemacht, es folgte eine Periode relativen Wohlbefindens, im April 1915 war Pat. wieder total heiser und es bestanden Atembeschwerden. Laryngoskopische Untersuchung ergab Tumorbildung nicht nur auf dem linken, sondern auch auf dem rechten Stimmband. Mikroskopische Untersuchung (April 1915) der endolaryngeal entfernten Stücke ergab Karzinom. Im August 1917 entfernte Verf. wieder die Neubildung stückweise endolaryngeal. Februar 1918 Tracheotomie. April 1918 wird zur Thyreotomie geschritten; bei Eröffnung des Kehlkopfs zeigt sich, dass derselbe so weit erkrankt ist, dass nur die Totalexstirpation in Frage kommt. Vornahme derselben nach Gluck. Bisher normaler Heilungsverlauf.

Verf. benutzt den Anlass dieses Falles, um die Frage der Umwandlung gutartiger Tumoren in maligne zu erörtern. Er bekennt, dass er, „belehrt durch die Beobachtung anderer Kranken und durch den eben mitgeteilten Fall“, an die Möglichkeit einer solchen Umwandlung glaubt. (Ref. bezweifelt, dass der hier mitgeteilte Fall wirklich als sichere Stütze der Lehre von der Möglichkeit der Umwandlung gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige dienen kann. Das Nächstliegende ist, anzunehmen, dass der Tumor von vornherein kein gutartiger war. Es scheinen auch über seine Natur Zweifel bestanden zu haben. Denn die erste Diagnose „Papilloma linfoide“ ist mit einem Fragezeichen versehen und im weiteren Verlauf spricht Verf. von einem „atypischen Papillom“.)

Verf. bekennt, dass er trotz der durch die Fortschritte der letzten Jahre erzielten Verbesserung in den Erfolgen der Laryngofissur sich nicht von der Ueberzeugung abbringen lässt, dass bei malignen Kehlkopftumoren die totale Entfernung des Organs die Methode der Wahl sei.

FINDER.

41) **Herbert Tilley. Einige Beobachtungen über die klinische Bedeutung der linksseitigen Lähmung des Stimmbandes. (Some observations on the clinical significance of paralysis of the left vocal cord.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Juni 1918.*

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit besonders auf die Fälle von Heilung einer linksseitigen Rekurrenslähmung. Er hat 23 Fälle solcher Lähmung beobachtet; von diesen konnte über den Verbleib von 10 keine oder ungenügende Auskunft erhalten werden, bei 6 hat das gelähmte Stimmband völlig seine Bewegungsfähigkeit wieder erlangt, 3 sind gestorben und 4 befinden sich in statu quo ante. Verf.

vermeidet absichtlich die Bezeichnung „Rekurrenslähmung“ oder „Abduktorlähmung“, da nur in einem seiner 23 Fälle die absolute Sicherheit vorlag, dass wirklich eine Lähmung des N. recurrens durch Druck auf den Nerven — und zwar in diesem Fall durch ein Aneurysma — vorlag; in allen anderen Fällen war der Beweis dafür — wenigstens mit Sicherheit — nicht geliefert. Abgesehen von den verhältnismässig seltenen Fällen von Abduktorlähmung infolge peripherer Neuritis ist von vornherein nicht anzunehmen, dass eine Lähmung z. B. durch ein Aneurysma oder infolge Tabes, wieder verschwindet. Verf. ist der Ueberzeugung, dass es sich in seinen geheilten 6 Fällen um entzündliche Zustände des Kriko-arytänoidgelenks handelte. Die gerade in bezug auf die Prognose sehr wichtige Differentialdiagnose zwischen den beiden Affektionen ist nicht immer leicht zu stellen, besonders in den Frühstadien einer Lähmung, z. B. bei einem kleinen Aneurysma an der Konkavität des Aortenbogens, bei einer beginnenden Mediastinalgeschwulst, einer pleuritischen Adhäsion an der Lungenspitze, im Beginn gewisser Tabesfälle usw. Andererseits kann man bei einer Fixation im Krikoarytänoidgelenk den Fall erst zu Gesicht bekommen, wenn alle Entzündungserscheinungen am Gelenk bereits vorüber sind und es kann nichts in der Anamnese vorhanden sein, was auf die Entstehung einer Unbeweglichkeit des Stimmbandes aus mechanischen Ursachen hinweist.

Auffallend ist freilich, dass alle Fälle, einschliesslich der geheilten, das linke Stimmband betrafen; Verf. ist nicht imstande, eine befriedigende Antwort darauf zu geben, warum eine mechanische Fixation gerade immer nur im linken Gelenk eintreten soll.

FINDER.

42) **Collet** und **Petzetakis. Beitrag zur Diagnostik der Traumen des Vagus. (Contribution au diagnostic des lésions traumatiques du pneumogastrique.)** *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière XXVIII. Dez. 1918. Analyse in La Presse méd. No. 8. S. 74. 1919.*

Der anatomische Sitz des Traumas und die im Verlauf der Verwundung beobachteten Herzerscheinungen liefern bereits einen Anhalt dafür, ob der Vagusstamm oder der N. recurrens verletzt ist. Zu einer Gewissheit darüber gelangt man jedoch nur durch Untersuchung des Okulokardialreflexes. Verff. berichten über 5 Fälle von Verletzung der Zervikalregion im Verlaufe des N. vagus, die mit einer halbseitigen Kehlkopflähmung einhergingen. Diese Kehlkopflähmung war auf eine Verletzung des Vagus und nicht des Rekurrens zurückzuführen aus folgenden Gründen: Alle Verletzten zeigten eine Pulsbeschleunigung bis zu 135 und eine Unbeständigkeit des Pulses, der mit einem Male von 130 auf 100, 90 oder 80 ging. Ferner trat periodenweise eine Arhythmie und in anderen Fällen eine Störung der Herzerregbarkeit auf, die sich durch Extrasystolen kundgab. Besonderes Gewicht legen Verff. aber dem okulo-kardialen Reflex bei: er war auf der gesunden Seite normal und manifestierte sich durch eine — bisweilen enorme — Verminderung der Pulsationszahlen oder durch Unterbrechungen, während er dagegen auf der Seite der Verletzung fehlte oder inversiert war, d. h. mit einer leichten Beschleunigung des Rhythmus auftrat.

Wenn also auf der verletzten Seite der okulo-kardiale Reflex nicht vorhanden

ist, während er auf der gesunden Seite besteht, oder wenn er leicht beschleunigt ist, so kann man eine Verletzung des Vagusstammes annehmen. FINDER.

43) **Hinterstoisser** (Teschen). **Der quere Luftröhrenschnitt.** *Wiener klin. Wochenschrift. No. 50. 1917.*

Nach einer historischen Einleitung gibt der Autor seine Ansicht dahin ab, dass bei Kindern der untere Luftröhrenschnitt, beim Erwachsenen der obere quere Luftröhrenschnitt als Normalverfahren anzusehen sei, und zwar zwischen dem zweiten und dritten Trachealring. Wesentlich wichtig ist die Länge des queren Luftröhrenschnittes. Der Autor findet, dass der Kanülenwechsel beim queren Luftröhrenschnitt leichter vorzunehmen ist, als beim Längsschnitt, weil durch einfaches Ueberstrecken des Halses die Wunde so weit klaffend gemacht werden kann, dass der Kanülenwechsel ohne Zuhilfenahme von Häkchen vorgenommen werden kann. Von üblen Zufällen konnten einmal eine oberflächliche Knorpelnekrose und einmal eine Nachblutung aus einer Hautader beobachtet werden. Der Querschnitt sichert eine rasche, bindegewebige Wiedervereinigung der Luftröhrenwunde und eine glatte, nicht entstellende Hautnarbe. Bei Erkrankungen, welche eine dauernde Einlegung der Kanüle erfordern, mag mit Rücksicht auf die Vermeidung von Knorpelnekrosen die Längsspaltung der Luftröhre vielleicht unter Beibehaltung des queren Hautschnittes am Platze sein. HANSZEL.

44) **O. Orth. Der quere Luftröhrenschnitt.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 35. 1918.*

Beschreibung eines Falles, wo der quere Schnitt bei Diphtherie nachteilig war, und zwar wegen der queren Durchtrennung der durch die Dyspnoe stark erweiterten Venen, wodurch es leichter zur Luftembolie gekommen ist. HANSZEL.

e II) Stimme und Sprache.

45) **Felix Rosenthal. Zur Theorie und Praxis der Behandlung des Stotterns.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 26. 1918.*

Entwickelung der Ansichten über das Wesen des Stotterns, Entwickelung des Leidens, traumatisches, primäres Stottern. Behandlung, Anforderungen an den Spracharzt, einheitliche Auffassung des Stotterns. HANSZEL.

46) **F. Haböck. Die Eunuchenstimme und ihre künstlerische Verwendung.** *Wiener med. Wochenschr. No. 35. 1918.*

Der früheste überlieferte Fall von Kastration um der Stimme willen findet sich in der Geschichte der Königin Semiramis. Vom 4. bis 20. Jahrhundert finden wir Eunuchen in der christlichen Kirche als Sänger. Die Kunst und das Ansehen der Kastraten begann erst gegen das Ende des 18. Jahrhunderts unter dem Einflusse der musikdramatischen Werke von Gluck und Mozart zu verblassen, und es blieben nur die grossen Kirchen in Italien besonders zu Rom und Sienna bis zum Ende des 19. Jahrhunderts die Unterkunftsstätte einer grösseren Anzahl von Kastraten. — Besprechung der im Besitze des Phonogrammarchivs der Wiener Universität befindlichen phonographischen Aufnahme von Kastratenstimmen.

HANSZEL.

47) **F. de Ritis. Klinischer Beitrag zum Studium des hysterischen Mutismus. (Contributo clinico allo studio del mutismo isterico.)** *Arch. Ital. de laringologia. H. 2. 1917.*

Verf. berichtet über vier Fälle, in denen, nachdem andere Mittel erfolglos geblieben waren, die Aethernarkose zum Ziele führte. Er stellt diese Methode, die er als harmlos und gleichzeitig wirkungsvoll bezeichnet, in Gegensatz zu den brüsken Methoden, die auf eine Ueberrumpelung der Patienten hinauslaufen und die zu Konsequenzen führen können, welche schwerer sind, als die Krankheit, die man heilen will.

FINDER.

f) Oesophagus.

48) **G. Hofer** (Wien). **Oesophagustuberkulose.** *Wiener med. Wochenschr. No. 14. 1918.*

Vorstellung eines Mannes, bei welchem sich an Stelle einer vor 18 Jahren akquirierten Laugeneszenz-Oesophagusstriktur — die damals bougiert wurde — leicht blutende Granulationen, dazwischen flache Geschwüre gebildet haben. Histologisch sichergestellte Tuberkulose. Sonstiger Tuberkuloseherd nicht nachweisbar. In der Literatur vier Fälle.

HANSZEL.

49) **Simmonds. Fibromyom des Oesophagus.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung vom 5. November 1918. *Berliner klin. Wochenschr. No. 24. S. 581. 1918.*

Präparat. Fast stets stellt dieser kleinste Tumor nur einen Nebenbefund bei der Sektion dar. Im vorliegenden Fall füllte der mächtige wurstförmige Tumor, der mit schmalem Stiel in Kehlkopfhöhe der Wand ansass, fast die ganze Speiseröhre aus. Er hat intra vitam zu starken Stenoseerscheinungen Veranlassung gegeben und da blutige Massen erbrochen wurden, war die Diagnose auf Oesophaguskarzinom gestellt worden.

R. HOFFMANN.

50) **Becher. Oesophagus-Kehlkopf-Pharynxschüsse.** *Münchener med. Wochenschrift. H. 4. S. 103. 1919.*

Bei allen Verletzungen im Halsteil des Oesophagus ist wegen der Phlegmonegefahr sofortige ausgedehnte Eröffnung nötig. Die Ernährung muss in den ersten Tagen rektal geschehen. Sofort eine Magenfistel anzulegen, ist überflüssig. Besteht gleichzeitig eine Verletzung der Luftröhre oder des Kehlkopfes, so muss die Tracheotomia inferior gewählt werden.

KOTZ.

51) **V. Texier. Entzündliche Stenose der Regio cardiaca der Speiseröhre. Tödlich verlaufener Fall. Anatomisch-pathologischer Befund. (Rétrecissement inflammatoire de la région cardiaque de l'oesophage. Cas mortel. Examen anatomo-pathologique.)** *Revue de laryng., d'otol. et de rhinol. No. 21. 15. November 1916.*

36jähriger Seemann erkrankte vor 2 Monaten an einer starken Angina; als Pat. von der flüssigen Diät zu festen Speisen übergehen wollte, bemerkte er, dass diese schwer heruntergingen. Wegen der noch immer bestehenden anginösen Hals-

beschwerden ging er in ein Hospital, die Dysphagie nahm so zu, dass er nur noch Flüssigkeiten und schliesslich auch diese nicht mehr schlucken konnte. Aufnahme in die Klinik in Nantes. Radioskopie ergab, dass die Speiseröhre in Höhe des vierten Brustwirbels einen Blindsack bildete, durch den der Bismuthbrei nicht hindurchging; Oesophagoskopie ergab 34 cm von der Zahnreihe eine impermeable Stenosierung. Wassermann negativ. Anamnese auch in bezug auf etwaiges Verschlucken ätzender Flüssigkeit negativ. Gastrotomie. Exitus. Autoskopie: Der Oesophagus zeigt 30 cm von der Zahnreihe eine erhebliche Verkleinerung seines Kalibers, aber ohne irgendwelche Zeichen von Skirrhus, wie man vermutet hatte, und gleichzeitig eine Verdickung der Wände, die sich bis zur Kardia fortsetzt; am Ursprung dieser Verdickung findet sich eine Art fester Narbenring, der den Durchmesser des Oesophagus sehr einengte; über der Verengerung war eine trichterförmige Erweiterung und die Schleimhaut wies Zeichen von Oesophagitis auf; in Höhe der Kardia fanden sich zwei von alten Ulzerationen herrührende strahlenförmige Narben. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte, dass eine Oesophagitis vorlag. Der Spasmus, der die Folge und nicht die Ursache der Erkrankung war, hatte in wenigen Wochen den Patienten in einen derartigen Zustand der Inanition gebracht, dass auch die Gastrotomie ihn nicht mehr retten konnte.

FINDER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Prof. Dr. H. Burger** (Amsterdam). **Leerboek der Ziekten van ooren, neus, mond, keel en slokdarm.** De Erven F. Bohn. Haarlem 1918.

Zum ersten Mal erschien in holländischer Sprache ein Lehrbuch, welches die ganze Disziplin der Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten nebst Grenzgebieten umfasst. Gewissermassen ist dieses Buch zu betrachten als bedeutend erweiterte Neuauflage des Lehrbuchs der Ohrenheilkunde, das von demselben Verfasser in Verbindung mit Zwaardemaker im Jahre 1905 erschien. In 15 Kapiteln werden behandelt: Anatomie, Entwicklung, Physiologie, Untersuchungsmethoden, allgemeine Symptomatologie, allgemeine Therapie, Entzündungen, sekundäre Entzündungen in der Schädelhöhle und in der Augenhöhle, Infektionskrankheiten, traumatische Krankheiten, Missbildungen, Neubildungen, Fremdkörper, Nervenkrankheiten und Begutachtung. In jedem Kapitel werden Ohren, Hals und Nase zugleich bearbeitet. Das Buch ist klar und übersichtlich geschrieben, ohne unnötige Details. Bei den Literaturangaben ist hauptsächlich die holländische Literatur berücksichtigt. Der Wert des Buches auch für den Spezialisten besteht besonders darin, dass in den therapeutischen Angaben durchweg die Erfahrungen einer langjährigen Praxis niedergelegt sind. Viele, grösstenteils eigene Abbildungen verdeutlichen den Text. Es ist gewiss erfreulich, dass bei den Bestrebungen, Lehrbücher in eigener Sprache zu beschaffen, unsere Disziplin nicht länger zurückbleibt.

van Gilse.

---

b) Royal Society of Medicine. Laryngological Section.

Sitzung vom 2. März 1917.

Vorsitzender: T. Mark Hovell.

Dundas Grant: Kehlkopfstridor infolge chronischer Osteo-Arthritis gebessert durch Dilatation.

60jährige Frau, leidet seit über 14 Jahren an Halsbeschwerden, seit 1912 Stridor, besonders im Schlaf. Die Stimmbänder wurden nicht abduziert, sie blieben in kompletter Berührung. Vor 14 Jahren wurde sie wegen einer Ulzeration nahe am Stimmband öfter geätzt; es wurde an die Möglichkeit einer Narbenkontraktion als Folge der Aetzung gedacht. Da aber Pat. Zeichen chronischer Osteo-Arthritis aufwies, so führt G. die Kehlkopfaffektion auf eine Arthritis im Kriko-Arytaenoidgelenk zurück. Dilatation mit Schrötter'schen Bougies hat etwas Besserung gebracht.

Tilley berichtet über einen analogen Fall, der zum Exitus kam.

Sir St. Clair Thomson ist der Ansicht, dass die Diagnose „Fixation im Arytaenoidgelenk" zu allerletzt gestellt werden sollte, denn sie stellt eines der seltensten Vorkommnisse in der Laryngologie dar. Im vorliegenden Fall hält er vielmehr Narbenbildung in der Regio interarytaenoidea für vorliegend. Er hat solches in einer Anzahl von Tuberkulosefällen gesehen nach spontaner Heilung von Läsionen in der Interarytaenoidregion. Ferner sieht er nicht ein, warum in diesem Fall nicht die Tracheotomie gemacht wird.

W. Hill: Wenn eine Abduktorlähmung lange Zeit besteht, so kann sie zu partieller oder kompletter Immobilisierung des Arytaenoidgelenks führen, wie er sich in einem Fall überzeugt hat. Es handelt sich um paralytische Kontraktur der Muskeln des Gelenks.

Cyril Horsford: Wenn das Semon'sche Gesetz zutrifft, dass beim Komplettwerden der Lähmung die Stimmbänder in Kadaverstellung treten, so kann Hill's Theorie nicht zutreffen, dass eine Fixation im Gelenk eintritt.

Donelan glaubt, dass im vorgestellten Fall eine syphilitische Narbenbildung vorliegt.

Dan Mc Kenzie empfiehlt Vornahme der Hypopharyngoskopie.

Dundas Grant: Symmetrische Fibrome der Stimmbänder, gleichzeitig mittels Grant'scher Zange entfernt.

Dundas Grant und Dan Mc Kenzie haben sich der Grant'schen Zange mit grossem Vorteil bedient.

Irwin Moore: Lupoide Tuberkulose des Pharynx bei einem 8jährigen Knaben, betreffend weichen Gaumen und Uvula.

Eine halb durchscheinende Schwellung der Uvula war vorhanden, die sich über den grössten Teil des weichen Gaumens ausdehnte, der sich bei der Palpation rigide anfühlte. Keine Zeichen von Lungentuberkulose. Die Adenoiden, die entfernt wurden, erwiesen sich als unzweifelhaft tuberkulös. Die Submentaldrüsen

waren vergrössert und miteinander verschmolzen. Der Fall war zuerst als Lymphadenom (Hodgkin'sche Krankheit) aufgefasst worden.

Jobson Horne spricht über die Schwierigkeiten der Diagnose „Lymphadenom".

Dan Mc Kenzie: Lymphadenom beginnt stets in den Zervikaldrüsen; gewöhnlich sind die Tonsillen und die Tonsillardrüsen dabei beteiligt.

Herbert Tilley: Eine Serie von 24 aus den Luft- und Speisewegen entfernter Fremdkörper.

T. betont, dass es nicht angebracht sei, zur Entfernung von Fremdkörpern aus den Luft- und Speisewegen blind mit Instrumenten einzugehen, und führt aus seinen Erfahrungen einige Beispiele dafür an.

Ferner berichtet er über einen Fall, in dem er ein Stück eines Schrapnels aus dem Kehlkopf eines Soldaten in Allgemeinnarkose mittels direkter Laryngoskopie entfernen wollte, wobei der Fremdkörper aus der Zange schlüpfte und verschwand. Er wurde mittels Radioskopie im linken Bronchus festgestellt. Der Fall lehrt, dass ein Fremdkörper aus dem Larynx in der Trendelenburg'schen Lage zu entfernen ist, damit nicht die Schwere dazu beitragen kann, ihn in eine tiefere Lage gelangen zu lassen.

In einem Fall war ein Putenknochen von der Frau eines Arztes verschluckt worden. Die Versuche des Mannes, den Fremdkörper mit einer Sonde tiefer zu stossen, hatten einige Ulzerationen des Oesophagus zur Folge. T. gelang die Entfernung leicht mit dem Mosher'schen Oesophagoskop.

Der jüngste Fall war ein 4 Tage altes Kind, welches ein Stück Watte verschluckt hatte; im Oesophagus sog sich die Watte voller Sekret und verlegte ihn so, dass das Kind die Brust nicht mehr nehmen konnte. Der Fremdkörper wurde mittels eines dünnen Bronchoskops entfernt.

Ein Schnelligkeitsrekord: Es wurde aus dem University College Hospital zu T. gemeldet, ein Kind habe einen Fremdkörper verschluckt. Er gab die Order, das Kind zu narkotisieren, er käme in 10 Minuten. T. entfernte den Fremdkörper und war wieder in seinem Haus 30 Minuten nachdem er es verlassen hatte.

Einer der demonstrierten Fremdkörper stammt aus einem tödlich verlaufenen Fall. Ein Mann wurde, 48 Stunden nachdem er im Schlaf ein Gebiss verschluckt hatte, ins Hospital geschickt; es waren bereits vergebliche Versuche gemacht worden, den Fremdkörper in den Magen zu stossen. Der untere Teil des Pharynx war durch ödematöse Schwellung verlegt und die ganze Region von Eiter überflutet. Der Fremdkörper wurde im Oesophagus innerhalb einer grünlich-grau verfärbtem Umgebung gefunden; er konnte mit Leichtigkeit entfernt werden, jedoch starb Pat. nach 48 Stunden. Autopsie ergab drei Perforationen des Oesophagus dicht am Fremdkörper.

Hunter Todd: Nadel in einem Bronchiolus des Unterlappens der rechten Lunge.

12jähriges Mädchen. Es wurden drei vergebliche Versuche gemacht, den Fremdkörper mittels Bronchoskop zu entfernen. Pat. hat keine Beschwerden,

keinen Husten noch Auswurf. T. fragt, ob man noch einen Versuch der bronchoskopischen Entfernung machen soll, ob es gefährlich sei, den Fremdkörper in situ zu lassen, ob eventuell eine intrathorazische Operation in Frage kommt.

Irwin Moore erwähnt einen dem Todd'schen Fall analogen, den Thomas H. Kellock (Proc. Roy. Soc. Med. 1912. VI. Clin. Sect. p. 64) berichtet. In diesem ein $4^1/_2$jähriges Kind betreffenden Fall wurde die Nadel durch Pneumonotomie entfernt und das Kind genas. Auch Chevalier Jackson berichtet in seinem Buch „Per-oral Endoscopy“ über einige Fälle, die jenseits der Grenzen der Bronchoskopie liegen. In solchen Fällen bildet sich früher oder später ein Abszess; in einem Fall erfolgte die Abszessbildung freilich erst nach 26 Jahren.

Norman Patterson rät zur Vornahme der Tracheotomie und unteren Bronchoskopie.

D. R. Paterson (Cardiff) schliesst sich diesem Rat an.

St. Clair Thomson fragt, ob man in solchen Fällen an die Anwendung des Elektromagneten gedacht hat, um die Nadel in ihrer Lage zu lockern und sie vielleicht aus einem Bronchus zweiter in einen Bronchus erster Ordnung zu bringen.

W. Hill: Iglauer hat den Elektromagneten benutzt. Er fand jedoch, dass er nur von Nutzen ist, wenn der Fremdkörper nicht eingekeilt ist; ist dies jedoch der Fall, so gelingt es nicht, ihn damit zu lockern. In einem Fall — es handelte sich um ein Stück Nuss in einem Bronchus zweiter Ordnung bei einem 13 Monate alten Säugling — bediente sich H. mit Erfolg der Saugmethode.

Tilley erwidert auf eine Frage, dass er sich stets der Mosher'schen Röhren mit distaler Beleuchtung und niemals des Brünings'schen Apparates bedient.

G. W. Dawson: Erblindung infolge Ethmoiditis.

27jährige Frau mit rechtsseitiger Neuritis optica; fast völlig erblindet. Siebbein wurde beiderseits kurettiert und erwies sich als nekrotisch. Innerhalb 2 Tagen erhebliche Besserung des Sehvermögens. Fünf Wochen nach der Operation war beiderseits Visus $^6/_6$.

Irwin Moore: Bericht über zwei Fälle von Hammelknochen im Oesophagus eingekeilt; Oesophagoskopie; Heilung.

Im ersten Fall wurde der Fremdkörper, während das Oesophagoskop in situ war, ausgehustet.

Im zweiten Fall waren andererseits missglückte Versuche mittels Sonde gemacht. Der Fremdkörper konnte mit der Zange gefasst, aber nicht gelockert werden; es bestand in seiner Umgebung Oedem und Ulzeration und es blutete stark.

Der Allgemeinzustand war schlecht und es musste wiederholt künstliche Atmung gemacht werden. In der Nacht wurde der Knochen ausgehustet. Er war 25 mm im transversalen und 16 mm im Längsdurchmesser und bestand aus dem Proc. transversus und einem Teil des Wirbelkörpers mit drei scharfen Spitzen.

W. H. Jewell: Infiltration und Ulzeration des Stimmbandes maligner Natur?

Fall zur Diagnose. (Nach dem offiziellen Sitzungsbericht.)

---

c) Oto-Laryngologischer Verein in Kristiania.

Sitzung vom 10. Oktober 1918.

Vorsitzender: Uchermann.
Schriftführer: Galtung.

Uchermann besprach 2 Fälle, wo Kaffeegenuss bei Kindern den Tod zur Folge hatte. — Der eine betraf ein 6jähriges Mädchen, das sonst immer gesund gewesen war. Am 7. September d. J. ass das Kind um 11 Uhr vormittags mit seiner Mutter zusammen Butterbrot, wozu es aus einer Schale Kaffee trank, der ziemlich heiss war. Plötzlich sank das Kind, blaurot im Gesicht, zusammen, Schaum trat ihm vor den Mund und es war nahe am Ersticken. Bei der Ankunft in der Kehlkopfabteilung 12 Uhr 15 Min. vorm. war es blau im Gesicht, besinnungslos und dem Sterben nahe. Es wurde sofort Tracheotomie vorgenommen und künstliche Atmung eingeleitet. Als Patientin in Rose's Lage angebracht wurde, rann aus der Wunde etwa ein Esslöffel voll kaffeeartiger Flüssigkeit. Es stellten sich allgemeine Krämpfe ein, die mit kurzen Unterbrechungen etwa 3 Stunden lang dauerten, wobei während der ganzen Zeit die künstliche Atmung unterhalten wurde. Danach normale Atmung und guter Puls. Temperatur abends 38,4^{0}, am nächsten Tage morgens 38,5^{0}. Bei der Untersuchung der Lungen keine nachweisbare Dämpfung. Aus der Wunde etwas übler Geruch. Die Suturen wurden entfernt. Das Gewebe vor der Luftröhre etwas geschwollen, zunächst der Luftröhre etwas gangränös. Bei der Tracheoscopia inf. (Brünings-Röhre Nr. 6) entfernte man vom linken Bronchus einen 3 cm langen, vertrockneten Schleimfetzen, was die Atmung erleichterte. Die ganze Schleimhaut ist geschwollen, mit grauem Schleim belegt. Abends 7 Uhr 15 Minuten trat der Tod plötzlich, ohne vorausgehende Atemnot ein, wie es scheint durch Herzlähmung verursacht. Temperatur 39^{0}.

Bei der Sektion fand sich eine stark entzündliche Infiltration, die sich von der Operationswunde bis zur Brust hinunter erstreckte und auch den Thymus und die grossen Nerven und Gefässe hinter der Luftröhre in Mitleidenschaft gezogen hatte. Die Schleimhaut der Lippen, der Mundhöhle und der Zunge war oberflächlich nekrotisch, die Ränder und die Hinterfläche des Kehlkopfdeckels rot, entzündet. Die Entzündung erstreckte sich hinunter in die Luftröhre, deren obere Hälfte mit grünlichweissen Häutchen bedeckt war, worunter die Schleimhaut sehr rot und entzündet erschien. Weiter unten in der Luftröhre und ihren grösseren Aesten verschwanden diese Häutchen teilweise, während sich die Entzündung weiter erstreckte, und zwar als schleimgemischter, die rote Schleimhaut bedeckender Eiter. Die Lungen überall lufthaltig, ohne Anzeichen einer Entzündung. Herz und sonstige Organe normal.

Im zweiten Falle handelte es sich umz einen 4jährigen Knaben. Im Alter von $1^1/_2$ Jahren Bronchitis und Lungenentündung, sonst immer gesund. Am 10. September, 7 Uhr abends, sog das Kind in einem unbewachten Augenblick aus der Tute eines auf dem Ofen stehenden Kaffeekessels kochend heissen Kaffee ein. Er stiess einen Schrei aus, und es stellte sich Erbrechen ein. Am Abend

und in der Nacht war er ziemlich ruhig, bis sich gegen 2—3 Uhr morgens Atmungsbeschwerden einfanden, die sich im Laufe des nächsten Vormittags erheblich verstärkten. Er war sehr leidend, schlaff, zyanotisch, zuletzt unklar; um Mund und Nase weisser Schaum. Bei der Untersuchung am 11. September, um 12 Uhr, war der Puls 160, schwach, kaum palpabel, Atmung 44, stürmisch, bisweilen keuchend. Ueber beiden Lungen grosse Blasen. Im Schlund gelbgrüner Schleim. Er starb 5 Uhr 50 Min. nachmittags. Die Sektion ergab Anzeichen einer Verbrennung der Schleimhäute der Mundhöhle, des Schlundes und des Kehlkopfeintritts. Die Luftröhre voll schäumender Flüssigkeit, die Schleimhaut ziemlich normal. Die Lungen blutüberfüllt, ödematös, der linke untere Lappen luftleer, entzündet.

Im ersten Falle scheint der Tod eine Folge von Herzlähmung (Sepsis), im zweiten von Lungenödem gewesen zu sein.

Bei uns sind Fälle dieser Art früher wohl kaum mitgeteilt worden. Man muss sich darüber verwundern, dass das Fehlschlucken einer an sich unschädlichen, nicht kochend heissen Flüssigkeit wie Kaffee, oder das einen Augenblick erfolgende Schlucken und Einatmen von Dampf wirklich nach Verlauf einiger Tage den Tod herbeiführen kann. Von England sind ähnliche Fälle nach Teetrinken berichtet worden.

Derselbe: Empyema sinus frontalis acuta. Abscessus subduralis et meningitis.

N. N., 34 Jahre alt. Aufnahme 26. August d. J. Seit etwa 3 Wochen hat sich von der Nase zum Hals ein Ausfluss mit üblem Geruch und Geschmack bemerkbar gemacht. Am 18. August Schmerzen in der linken Stirnhälfte, Uebelkeit und etwas Erbrechen. Später noch ein paarmal Erbrechen, zuletzt am 23. August. Am 19. August und 20. August starke Schmerzen, später weniger starke. Aus dem linken Nasenloch etwas Schleim und in den letzten Tagen bisweilen übler Geruch. Hat in den 3—4 letzten Tagen nicht geschlafen. Bei der Ankunft starke Geschwulst und Rötung der linken Stirn- und Schläfengegend, Anzeichen von Fluktuation. Oedem des linken Oberlides. Iu der Nase findet sich linksseitig im mittleren Nasengang eine Geschwulst der Schleimhaut, Concha med. Temperatur 36,5°, am nächsten Tage 37,4°. In Narkose wird Szamoylenko's Operation ausgeführt (s. unten). Man findet den Knochen in der linken Schläfen- und Stirngegend entblösst, übelriechenden schokoladenfarbigen Eiter. Keine direkte Verbindung mit der Stirnhöhle. Es findet sich zudem ein subperiostealer Abszess im Orbitaldach mit gelbem, nicht übelriechendem Eiter, keine Oeffnung zur Stirnhöhle. Die Schleimhaut stark geschwollen, teilweise von der Hinterwand losgelöst, viel Eiter. Pat. befand sich nach der Operation wohl bis zum 30. September nachm., als er über Kopfschmerz klagte. 12 Uhr abends Frostanfall, er stand auf, fiel um und war einige Minuten lang unklar. Darauf Erbrechen, das sich in den nächsten Tagen wiederholte. Temperatur stieg während des Frostschauers bis auf 39,6°, war an den folgenden Abenden 38,4° und morgens normal. Puls im Einklang mit Temperatur. Am 1. August nachmittags unklar, 11 Uhr abends epileptiforme, generelle Krämpfe, später besinnungslos. In Narkose fand man nach der Trepana-

tion in der linken Schläfengegend, einen Zoll hinter dem äusseren Frontalwinkel, die Dura pulsierend. Bei Probepunktion der Schleimhaut übelriechende seropurulente Flüssigkeit. In der Tiefe eine grössere Ansammlung mit festen Wänden (subduraler Abszess). Pat. starb am 4. September, ohne die Besinnung wiedererlangt zu haben. Am selben Tage starke generelle Krämpfe.

Die Obduktion ergab eine purulente Meningitis, die auf der linken Seite des grossen Kerns besonders stark ausgesprochen und älteren Datums war (grünlicher Belag).

Ausgangspunkt der Infektion ist hier also die Schläfenregion gewesen, nicht der Sinus frontalis (bei der Trepanation der hinteren Wand fand man die Dura normal, die Probepunktion hatte ein negatives Ergebnis).

Cancer laryngis bei einer 50jährigen Frau. Symptome: Heiserkeit und beim Schlucken das Gefühl eines Klumpens. Unbedeutende Dysphagie. Aerztlicherseits mit Schlundpinselungen behandelt. Nach 3 Monaten eine linksseitige, walnussgrosse Drüsengeschwulst des Halses mit erweichtem Innern. Die makroskopische Untersuchung ergab Kanzer. Entfernung. Bei der Laryngoskopie fand man mitten auf der Plica interarytaenoidea eine etwa erbsengrosse lappige Geschwulst mit einer hanfsamengrossen Versenkung an der Basis. In der Nachbarschaft keine sichtbare Infiltration. Wurde endolaryngeal vermittels Doppelkurette entfernt. Glatte Heilung. Mikroskopisch: Kanzer, der nicht bis zur Peripherie der entfernten Partie hinausreicht (Prof. Harbitz). Das Merkwürdige ist die Metastase eines so kleinen und oberflächlichen Herdes.

Szamoylenko's Operation bei chronischer Sinusitis frontalis.

Auf dem Allgemeinen internationalen Aerztekongress in London 1913 hielt Moure-Bordeaux einen Vortrag darüber, was aus den operierten Nasennebenhöhlen würde („Que deviennent les sinus opérés?"). Hierbei erwähnte er die von Szamoylenko in Petersburg vorgenommenen Experimente an gesunden Hunden und Katzen. Nach sorgfältigem Auskratzen der Schleimhaut von einer Oeffnung in der Vorderwand der Stirnhöhle aus wurde die Hautwunde, Periost mit einbegriffen, zugenäht. Die Tiere wurden je 14 Tage bis zu $6^1/_2$ Monaten nach der Operation getötet und die Präparate makro- und mikroskopisch untersucht. In der ersten Zeit enthielt die Höhle nur Blutgerinnsel, dann wuchs aus dem sich verdickenden Periostrande sowie den Havers'schen Kanälen Ersatzgewebe hervor. Es bildete sich ein Netz aus Bindegewebe und Knochenbalken; vom 5. Monat an enthielt das Bindegewebe auch Knochenmarkselemente, und $^1/_2$ Jahr nach der Operation war die Höhlung vollständig ausgefüllt, ohne eine Einsenkung der Weichteile zu hinterlassen. Dies letztere ist in kosmetischer Hinsicht von einiger Wichtigkeit. Das Ergebnis steht im Einklang mit Erfahrungen, wie sie die meisten bewanderten Operateure ab und zu bei der Behandlung von Rückfällen gemacht haben, und Moure schliesst hieraus, dass die alten Ogston-Luc'schen, sowie Caldwell-Luc'schen Operationen bei den äussere Eingriffe benötigenden Suppurationen der Stirn- und Oberkieferhöhle immer noch das Ideal darstellen. Es ist nur die komplette Auslöffelung der Höhlen notwendig. Zuvor muss dann eine intranasale Ausräumung der in der Regel angegriffenen vorderen Ethmoidalzellen geschehen. Die Oeffnung von der Nase aus zur Stirnhöhle braucht nicht gross zu

sein, und man braucht sich um ihr weiteres Schicksal nicht zu bekümmern. Für die eingreifenden oder entstellenden Killian'schen und Kuhnt'schen Operationen — die erstere ist zudem nicht ohne Gefahr — hätte man mithin keinen Gebrauch mehr. In der letzten Nummer des Archivs für Laryngologie (1918) hat Professor Kretschmann 7 Fälle chronischer Frontalsinusitis veröffentlicht, die alle nach der Szamoylenko'schen Methode schnell und erfolgreich behandelt worden sind. In allen Fällen ging das Ethmoidalleiden ohne besondere Eingriffe von selbst zurück. Er sucht die Frontalhöhle absichtlich von der Nasenhöhle abzusperren, indem er das Periost der Stirnhöhle in die Oeffnung des Canalis frontalis umstülpt. Die Operation scheint einen bedeutenden Fortschritt darzustellen, und ich beabsichtige, sie künftig bei chronischen Stirnhöhlenleiden, wo ein äusserer Eingriff angezeigt ist, einzuführen. Legt man den Schnitt in die Augenbraue, ist die Narbe nicht zu sehen. Die Oeffnung in der Vorderwand macht man nicht breiter (länger) als 1 cm, wodurch jede Senkung ausgeschlossen wird. Ich führe den ersten Fall vor, wo der Erfolg ein ausgezeichneter war. Wenn reichere Erfahrungen gesammelt sind, werde ich auf die Operation zurückkommen.

Maartmann-Moe besprach den Fall eines Fremdkörpers im Kehlkopf eines Kindes von 22 Monaten. Patient kam in die Kehlkopfabteilung des Reichshospitals am 14. September. Am Abend vorher hatte das Kind, während es „Lapskaus" (Fleisch und Kartoffeln zusammengekocht) ass, plötzlich einen Erstickungsanfall bekommen. Derselbe ging zwar schnell vorüber, doch verblieb das Atmen während der ganzen Nacht erschwert. Die Atmungsbeschwerden steigerten sich am nächsten Vormittag. Bei der Ankunft war Patient blass, leicht zyanotisch, die Atmung angestrengt, hörbar, mit inspiratorischer Einziehung des Jugulums und Epigastriums. Vermittels indirekter Laryngoskopie glückte es, im Kehlkopf über den Stimmbändern einen weissen Fremdkörper wahrzunehmen. Nun wurde in Rückenlage und mit herabhängendem Kopf ein schmaler Röhrenspatel eingeführt und der Fremdkörper mit der Patterson'schen Zange erfasst und herausgezogen. Es war dies ein Knochenstück von 1 cm Länge und 1 cm unterer Breite, das nach oben zu in eine Spitze auslief und dessen eine Kante messerscharf war. Nun war die Atmung frei. In den ersten Tagen war er beim Schreien etwas heiser und das Schlucken machte ihm sichtlich Mühe. Er wurde am 20. Septemher im besten Wohlsein entlassen.

Derselbe Autor besprach einen Fall chronischer Otorrhoe mit Abszess des Kleinhirns.

Gording berichtete: Einen Fall geheilter otogener Meningitis.

Gording besprach 2 Fälle von Lues max. sup. sin. Bei beiden Patienten lag eine diffuse Infiltration der Fossa canina unter Hervorwölbung des Alveolarprozesses vor. Besonders machte sich diese Hervorwölbung des Alveolarprozesses bei dem einen der Patienten, dem die Zähne fehlten, bemerkbar. Intranasal fand sich hier ausserdem eine starke Schwellung der Schleimhaut über dem Processus frontalis, so dass die Prüfung des Meat. med. erst nach gründlicher Adrenalineinpinselung erfolgen konnte. Die Punktion der Kieferhöhle hatte in beiden Fällen ein negatives Ergebnis. Bei der Durchleuchtung zeigten sich Schatten über der

Fossa canina. Wassermann positiv bei beiden Patienten. Unter JK-Behandlung gingen alle Erscheinungen in prompter Weise zurück.

Gording berichtete einen Fall von Lungenblutung bei einem etwa 40jährigen Mann mit Spondylitis. Das Eigentümliche bei diesen, bisweilen sehr reichlich auftretenden Blutungen war, dass das ausgehustete Blut stets dunkel war und geronnen. Helles oder schäumendes Blut konnte trotz der genauesten Untersuchung niemals nachgewiesen werden. Nachdem er einige Monate krank gelegen hatte, starb Patient. Bei der Obduktion stellte es sich heraus, dass seine Spondylitis kankröser Natur war; bei der zweiten Teilung des rechten Bronchus fand man eine kankröse Verengerung des Bronchuslumens, sowie eine Infiltration um den Hilus herum, so dass einzelne Venenlumina stark verengert waren und nur durchlässig für die Sonde. Der ganze rechte obere Lappen war diffus hämorrhagisch infiltriert mit Erweichung und Kavernenbildung, wo sich etwas Blut vorfand. Sonst war an den Lungen nichts Bemerkenswertes. Galtung.

---

d) Wiener Laryngo-Rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 6. Februar 1918.

Der Vorsitzende O. v. Chiari hält Nachrufe auf Maximilian Bresgen, Ferdinand Massei und Heinrich Ziem.

Demonstrationen. G. Hofer: Die ösophagoskopische Untersuchung eines Patienten, der seit 4 Jahren mit den Anzeichen einer Stenose des Oesophagus erkrankt war, schien für ein Divertikel zu sprechen. Mittels der oberen Mediastinotomie konnte eine Abszesshöhle eröffnet werden, und man kann gegenwärtig noch aus dem drainierten hinteren Mediastinum mittels Spritze und langem Saugschlauch täglich etwa 10 ccm dicken Eiters entleeren. Diese Lokalisation der putriden Mediastinitis ist eine seltene. (10 Tage nach der Demonstration erfolgte Exitus an Pleuritis acuta und die Sektion ergab ein Traktionsdivertikel der rechten Seitenwand des Oesophagus, mit welchem die Abszesshöhle in keinem nachweisbaren Zusammenhang stand, so dass die Annahme gerechtfertigt erscheint, wonach eine Fremdkörperverletzung in dem spastischen Oesophagusanteil eine Periösophagitis mit Abszedierung veranlasste.)

E. Glas: Vorstellung eines Soldaten, bei welchem ein 30 g schweres Sprengstück aus der Kieferhöhle entfernt wurde. Dieses hatte die schwersten Veränderungen der Kieferhöhle mit stinkender Eiterung verursacht. Hinweis auf die Dringlichkeit baldigster Durchleuchtung solcher Fälle.

2. Demonstration eines Soldaten mit merkwürdigem Retropharyngealabszess. Die histologische Untersuchung ergab Tuberkulose einer retropharyngealen Lymphdrüse. Wiederholte Durchleuchtungen der Halswirbelsäule blieben negativ. Es besteht die Möglichkeit, dass diese Drüse von einer Nebenhöhleneiterung infiziert wurde.

In der Aussprache meint Roth, dass die negative Röntgenuntersuchung eine Erkrankung des Knochens denn doch nicht vollständig ausschliesse und hält

die Erkrankung für eine Tuberkulose der Halswirbelsäule. Pöllhofer erwähnt einen Fall von überstandenem Flecktyphus, bei welchem sich ebenfalls ein tuberkulöser Retropharyngealabszess entwickelte. Bei diesem Patienten konnte schon früher Tuberkulose konstatiert werden.

E. Glas demonstriert einen Soldaten mit kardiospastischen Erscheinungen, mit rechtsseitiger Postikusparese bei in der rechten Nackenmuskulatur steckendem, haselnussgrossem Projektilsplitter.

In der Aussprache betont Grossmann, dass es sich, nachdem das Stimmband in der Medianlinie steht, nur um eine Rekurrenslähmung, nicht aber um eine Postikuslähmung handeln könne, worauf O. v. Chiari bemerkte, dass mit dieser Annahme Grossmann wohl allein dastehen dürfte, worauf Grossmann replizierte.

A. Heindl zeigt ein von aussen durch Oesophagotomie entferntes Gebiss, welches in 25 cm Entfernung sich mit seinem Zacken fest eingehakt hatte, so dass es in Ermangelung entsprechender Instrumente nicht gelang, diesen Fremdkörper auf endoskopischem Wege zu entfernen. Das Gebiss musste selbst nach erfolgter Oesophagotomie erst zertrümmert werden, bevor es entfernt werden konnte.

Hofer und Kofler warnen bei dieser Gelegenheit, wie schon wiederholt von verschiedenen Seiten geschah, vor der Bougierung bei Verdacht auf Fremdkörper und betonen, dass ein wenige Tage dauerndes Verweilen des Fremdkörpers im Oesophagus selten von ernsteren Folgen begleitet ist.

Heindl betont im Schlusswort, dass es zweckmässig ist, bei Fremdkörpern im Oesophagus oder Larynx, wenn sie nicht sofort unter Leitung des Auges sachgemäss angegangen werden können, behufs Vermeidung lokaler Entzündung Eis oder eisgekühlte Flüssigkeiten zu nehmen. Hanszel.

III. Briefkasten.

Die Besetzung des Lehrstuhls für Rhino-Laryngologie an der Universität Wien.

Die Münchener med. Wochenschrift bringt in No. 15 vom 11. April d. J. einen „Wiener Brief“, in dem folgende Ausführungen über die Besetzung des Wiener Lehrstuhls für Rhino-Laryngologie enthalten sind:

„Von den vakanten Lehrkanzeln der Wiener medizinischen Fakultät wurde die Ohrenheilkunde im Allgemeinen Krankenhause mit Prof. Heinrich Neumann, einem jungen Vertreter der grossen Wiener Otologenschule besetzt. Obwohl Heinrich Neumann nur Otiater, erhielt er den Lehrauftrag für Ohren-, Kehlkopf- und Nasenkrankheiten. Er muss sich daher in die Rhino-Laryngologie einarbeiten und, soweit es der Geld- und Platzmangel gestatten, die alte Ohrenklinik erweitern. Nunmehr soll auch die durch den Tod Chiari's vakant gewordene rhino-laryngologische Klinik, ein moderner Bau im Neuen Krankenhause, zur Besetzung gelangen. Als präsumptive Nachfolger Chiari's werden genannt: Eicken, Hajek, Kahler und Marschik. Der Vorstand dieser Klinik wird in rührender Abwechslung auch den Lehrauftrag für Ohrenheilkunde bekommen. Motiviert wird diese merkwürdige Verteilung der Rollen damit, dass viele deutsche Universitäten

nur eine Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten besitzen und dass man, um den Import und Export von Fachärzten zu erleichtern, sich diesem Umstand anpassen müsse. Dass man bei dieser Gelegenheit zwei Ruhmestitel der Wiener Schule, die selbständige Otologie und die selbständige Rhino-Laryngologie, die ja als klinisches Fach dort geboren wurde, durcheinander bringt und über den Haufen wirft, scheint bei der Majorität des Kollegiums wenig Beachtung zu finden.“

Soweit der Wiener Korrespondent der Münchener med. Wochenschrift. Wir wollen die Bestätigung seiner Angaben über die wegen der Besetzung des Chiarischen Lehrstuhls schwebenden Pläne abwarten und behalten uns vor, auf diese Angelegenheit zurückzukommen. Vorderhand wollen wir nur bekennen, dass wir es für unbegreiflich und im Interesse sowohl der Otologie wie der Laryngologie höchst bedauerlich finden würden, wenn an die Stelle, an der Politzer und Urbantschitsch einerseits, Türk, Stoerk, Chiari andererseits gewirkt haben, ein Mann berufen würde, der sich in das eine der von ihm vertretenen Fächer erst „einarbeiten“ müsste. F.

E. Fletcher-Ingals †.

Wir erfahren erst jetzt, dass am 30. April 1918 Fletcher-Ingals, einer der bekanntesten amerikanischen Laryngologen in Chicago, wo er seit 1883 den Lehrstuhl für Laryngologie an der Universität innehatte, gestorben ist. Er war Mitbegründer und zeitweilig Präsident der Amerikanischen Laryngologischen Gesellschaft und wurde 1883 bei Gelegenheit des Panamerikanischen medizinischen Kongresses zum Vorsitzenden der laryngologischen Sektion gewählt.

Ingals hat im Jahre 1905 eine Methode zur breiten endonasalen Eröffnung der Stirnhöhle angegeben, die dann später — besonders von Halle — ausgearbeitet und verbessert worden ist; er gehörte ferner zu den ersten Autoren, die Publikationen über die submuköse Septumresektion veröffentlicht haben. Ein grosser Teil seiner Arbeiten hat die Bronchoskopie zum Gegenstand; in letzter Zeit beschäftigte er sich besonders mit der bronchoskopischen Fremdkörperentfernung unter Leitung des Fluoreszenzschirms. F.

Im Jahre 1917 starb in noch jugendlichem Alter der Arzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten am Ospedale Galliera in Genua Prof. Giuseppe Strazza. Er hat eine Anzahl von Abhandlungen über Ozaena, Nebenhöhlenaffektionen, Amyloiddegeneration im Kehlkopf, adenoide Vegetationen geschrieben.

Die Redaktion der „Arch. Ital. di Laringologia“ ist nach Massei's Tode auf Prof. Gherardo Ferreri (Rom) übergegangen.

Personalnachrichten.

Prof. Kahler (Freiburg) ist zum Ordinarius ernannt worden.

Prof. Oppikofer (Basel) hat das Extraordinariat erhalten.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXV. Berlin, Mai. 1919. No. 5.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **R. Hoffmann** (Dresden). **Die Abteilung für Ohren-, Nasen- und Halskranke des Stadtkrankenhauses Johannstadt zu Dresden.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. S. 546. Februar 1919.*

Eingehende Schilderung der bereits seit 5 Jahren eröffneten Spezialabteilung, welche 62 Betten und ein Ambulatorium umfasst und in ihrer gesamten Einrichtung wohl allen Anforderungen der Neuzeit sowohl nach der rein praktischen als nach der ästhetischen Seite hin entsprechen dürfte. Zahlreiche Bilder ergänzen die sehr instruktive Beschreibung.

SCHLITTLER.

2) **F. Henke** (Königsberg). **Praktische Winke bei Einrichtungen von Spezialabteilungen für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke in Kriegs- und Feldlazaretten.** *Passow's Beiträge. Bd. 11. S. 270. März 1919.*

Es wird in sehr instruktiver Weise geschildert und an Figuren erläutert, wie mit verhältnismässig geringen Mitteln und kleinen Kosten hergestellt werden können: 1. Drehstuhl, 2. Otokalorimeter, 3. schiefe Ebene, 4. Kopflichtbad, 5. Halslichtbad.

In einem weiteren Abschnitt beschreibt Verf. den von ihm konstruierten Mentholinhalationskasten, einen Ersatz für die Rauminhalationen. Den Abschluss der namentlich für den Praktiker lesenswerten Arbeit bildet die Vorführung einer improvisierten Operations- und Untersuchungslampe, sowie eines sehr praktischen Instrumentenständers mit zahlreichen aus Eisenblech und verzinktem Eisendraht hergestellten Instrumenten.

SCHLITTLER.

3) **Onodi** (Budapest). (Fortsetzung.) **Ergebnisse der Abteilung für Hör-, Sprach- und Stimmstörungen und Tracheotomierte vom Kriegsschauplatz mit einem rhino-laryngologischen Anhang.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jahrg. 92. S. 520 und S. 564.*

In diesem Teile der Arbeit finden die Lepra, der Lupus und das Rhino-

sklerom Erwähnung, und zwar hat Onodi von der erstgenannten Affektion nur einen, von der zweiten 2, und von der letzten 6 Fälle beobachtet.

Von Fremdkörperverletzungen sah Verf. ausser solchen in der Nase und im Rachen auch 2 im Oesophagus und einen an der Bifurkation (Münze); sie werden in mehreren Bildern wiedergegeben, ebenso einige plastische Operationen bei Gesichtsverletzungen.

Den Schluss der Arbeit bilden noch 2 interessante Fälle von Schussverletzungen des Gesichtsschädels; bei dem einen kam es zu einer Okulomotoriusparalyse, Anosmie und Ageusie sowie Taubheit, bei dem anderen nach Zertrümmerung des einen Siebbeins zu einem Retropharyngealabszess und einer Meningitis.

SCHLITTLER.

4) **Gherardo Ferreri. Der Kampf gegen die Tuberkulose vom laryngologischen Standpunkt. (La difesa antitubercolare del punto di vista laringoiatrico.)** *Arch. Ital. di laringologia. 1918.*

Verf. erblickt den Schwerpunkt der Tuberkulosebekämpfung in der durch die Fürsorgestellen (Dispensarii) geleisteten Aufklärungsarbeit. Er macht Vorschläge zum weiteren Ausbau dieser Institution und erörtert deren Aufgaben und die Art, wie sie am besten zu lösen seien. Die Sanatorien haben neben den Fürsorgestellen die bedeutsamste Rolle in der Bekämpfung der Tuberkulose. Verf. setzt auseinander, wie viel dem Gedanken der Sanatoriumbehandlung durch kritiklose Anwendung geschadet wurde. Er zeigt, wie unerlässlich für jeden Tuberkulosearzt die Kenntnis der laryngoskopischen Technik ist, da nur auf diese Weise die Anfangsformen der Kehlkopftuberkulose entdeckt werden können. Für die vorgeschrittenen Fälle von Erkrankung der oberen Luftwege, die eine besondere Ansteckungsgefahr für die Umgebung darstellen, schlägt er in Verbindung mit den Fürsorgestellen stehende Kolonien am Meere oder auf dem Lande vor.

FINDER.

5) **Hirsch** (Stuttgart). **Die Grippeerscheinungen im Gebiete des Ohres und der oberen Luftwege.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 1. S. 15. 1919.*

Während bei der Epidemie des Sommers relativ wenig und nur ganz leichte Fälle von Grippeerkrankungen auf dem Gebiete der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten beobachtet wurden, hat sich bei dem neuerlichen Schube der Seuche die Zahl der Fälle ganz ausserordentlich gehäuft. H. beobachtete akuten Schnupfen, Nasenbluten, Hyp- und Anosmien, vor allem aber massenhafte akute Nebenhöhlenerkrankungen, mit auffallender Bevorzugung der Stirnhöhlen. In therapeutischer Hinsicht war bis auf einen Fall (Rezidiv einer chronischen Kieferhöhleneiterung) niemals operative Behandlung notwendig, vielmehr klangen die Erscheinungen durch konservative Massnahmen, vor allem durch Kopflichtbäder ab.

Bei der katarrhalisch-respiratorischen Form fand H. selten eine eigentliche Angina, vielmehr eine akute Stomatitis bzw. Pharyngitis mit grauen punktförmigen bis linsengrossen Fibrininfiltrationen der Schleimhäute, nicht selten waren ganz besonders die Seitenstränge befallen und es bestanden ziehende Schmerzen nach den Ohren durch Ergriffensein des pharyngealen Tubenostiums.

Häufig war eine Laryngitis acuta. Bei der einfachen Form war besonders die Interarytänoidalschleimhaut gerötet und geschwollen und infolge dieser Veränderung bestand heftiger, krampfartiger Hustenreiz.

Bei der schweren Form der akuten Laryngitis bestand vielfach das Bild der Influenzalaryngitis, d. h. halbmondförmige, weisse, scharf umschriebene, etwas erhabene Flecke, meist an der Grenze zwischen vorderem und mittlerem Stimmbanddrittel, selten im hinteren, nie auf der übrigen Kehlkopfschleimhaut. Die Laryngitis sicca wurde namentlich bei Kranken beobachtet, die am Feuer zu tun haben, bei Köchinnen, Heizern usw. Bei dieser häufig die hämorrhagische Form: Blutungen in die Stimmbänder, rote bzw. rotbraune Borken.

Von schweren Fällen von Laryngitis interstitialis wurde ein Fall beobachtet. Es bestand da eine ausserordentlich stark ausgebildete Perichondritis des linken Aryknorpels, die fast das ganze Kehlkopflumen überlagerte und zu starker Dyspnoe Veranlassung gegeben hatte. Auch bestand in den ersten Tagen der Erkrankung hohes Fieber (40°). Durch Heissluft, Suprareninspray, Mentholeinspritzung gelang es, die Perichondritis zurückzubringen. Zur Zeit der Mitteilung besteht nur noch eine ganz geringe Schwellung an der laryngealen Fläche des Giessbeckenknorpels.

Die akute Influenzalaryngitis wurde mit Mentholeinspritzungen, Inhalieren, Suprareninspray, Heissluft, Ruhigstellung des Kehlkopfes durch Schweigegebot, sowie Kodein behandelt.

R. HOFFMANN.

6) **E. Ruttin** (Wien). **Mykotisches Aneurysma der Carotis interna nach Verschüttung.** *Passow's Beiträge. Bd. 11. S. 224. März 1919.*

Das Aneurysma hatte sich im Anschluss an eine Schädelfraktur nach Verschüttung in dem der membranösen Partie der Tube unmittelbar benachbarten Teile der Carotis interna gebildet. Da Patient zugleich an chronischer Mittelohreiterung der betreffenden Seite litt, kam es zu einer Infektion des Aneurysmasackes und Verblutung in die Tube bzw. den Retronasalraum und die Paukenhöhle.

SCHLITTLER.

7) **O. Seiffert** (Würzburg) und **F. Blumenfeld** (Wiesbaden). **Laryngo-rhinologische Erfahrungen aus dem Kriege.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. S. 611. Februar 1919.*

Kasuistik mehrerer interessanter Schussverletzungen der Nase, Nebenhöhlen und des Halses.

SCHLITTLER.

8) **W. Koerting. Halssteckschuss (kriegschirurgische Beobachtungen von der Ostfront).** *Wiener med. Wochenschr. No. 7. 1918.*

Es handelt sich um einen Durchschuss durch den Kehlkopf mit sofortigem, hochgradigem Hautemphysem, Zyanose, Asphyxie. Sofortige Tracheotomia inferior. Relatives Wohlbefinden drei Tage, am 4. Tage plötzliche Verblutung aus der A. carotis, trotzdem keine Anzeichen einer Gefässverletzung vorhanden waren. Der Verblutungstod erfolgte so rasch, dass ärztliche Hilfe nicht mehr rettend eingreifen konnte.

HANSZEL.

9) **Thomas Guthrie. Einige Fälle von Fremdkörpern in den Luft- und Speisewegen. (Some cases of foreign bodies in the air- and food passages.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Februar 1919.*

Verf. berichtet in tabellarischer Form über 57 Fremdkörperfälle und knüpft an sie einige Betrachtungen. Er operiert im allgemeinen in Aethernarkose; nur in manchen Fällen von Münzen im Oesophagus von Kindern ist die Entfernung so leicht, dass er von allgemeiner Narkose absieht.

Ein Fall, betreffend ein 5 Monate altes Kind, endete tödlich. Der Fremdkörper, eine Fischgräte, wurde in der subglottischen Region erblickt; beim Versuch, ihn zu fassen, fiel er in die Trachea und konnte unter Anwendung eines dünnen Bronchoskops nicht gefunden werden. Am selben Abend musste die Tracheotomie gemacht werden. Auch mittels unterer Bronchoskopie konnte der Fremdkörper nicht entdeckt werden. Das Kind starb 2 Tage später an Bronchopneumonie.

In einem Falle, betreffend ein 11jähr. Mädchen, war ein flacher Kaninchenknochen — 14 : 21 mm im Umfang — 18 Monate im Larynx eingekeilt gewesen.

Von den Fremdkörperfällen des Oesophagus betrafen 12 Zahnplatten; in 3 von diesen Fällen führte die Oesophagoskopie nicht zum Ziel, sie wurden sämtlich durch die Oesophagotomia cervicalis geheilt. Zwei von diesen Oesophagotomien waren dadurch erleichtert, dass es mittels der Oesophagoskopie gelungen war, die Zahnplatte aus ihrer ursprünglichen Lage hinter dem Manubrium zu lockern und sie nach oben in den oberen Teil des Oesophagus zu ziehen; sie in den Pharynx zu ziehen, war auf diesem Wege nicht möglich.

In einem Falle hatte der dünne abgeschliffene Rand einer alten Münze die hintere Wand des Oesophagus perforiert, und sie war beim Versuch der Entfernung mit dem Münzenfänger nach oben hinter die hintere Wand des Hypopharynx gezogen worden. Dort wurde sie bei Untersuchung mit einem Killian'schen Autoskopspatel entdeckt und mit der Zange extrahiert. Es trat Heilung ein.

FINDER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

10) **H. Keitler. Ueber vikariierende Menstruation.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 16/17. 1918.*

Beschreibung eines einwandfreien Falles. Besprechung der bisher beschriebenen Fälle und Erklärungsversuch.

HANSZEL.

11) **Schickele. Zur Frage der vikariierenden Menstruation.** Unterelsässischer Aerzteverein Strassburg, Sitzung vom 27. Juli 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 46. S. 1287. 1918.*

27jährige Patientin mit Aplasie des Uterus, rudimentären Ovarien ($1:1^1/_2$ cm) und Scheidenblindsack. Seit dem 13. Lebensjahr monatlich einen Tag lang Blutung aus der Nase, die seit 2 Monaten ausgeblieben ist. Seither urtikariaähnliche Schwellungen über den ganzen Körper, deren Lokalisation fast täglich wechselt, die zuweilen auch das Aussehen des Quincke'schen Oedems annehmen. Die Patientin ist in ihrem ganzen Habitus durchaus weiblich, mit normaler Be-

haarung und gut entwickelten Brüsten; die gegenseitigen Massverhältnisse des Körpers sind ebenfalls dem weiblichen entsprechend. Dieser Fall ist ein reiner Typus der vikariierenden Menstruation, bei dem die genannten Hautveränderungen die Folge des ausgebliebenen Nasenblutens sind, das selbst wieder bedingt ist durch die periodische Tätigkeit der Ovarien, gleichzeitig aber ein neuer Beweis dafür, dass Stoffe, welche im Uterus abgelagert werden und die menstruelle Blutung hervorrufen, auch im Kreislauf zirkulieren und an irgendeiner anderen Stelle als der ursprünglich vorgesehenen ihre Wirkung entfalten können.

R. HOFFMANN.

12) **Umberto Luigi Torrino. Ueber den infektiösen Ursprung der Ozaena; experimentelle Untersuchungen. (Sull' origine infettiva dell' ozena; ricerche sperimentali.)** *Arch. Ital. di laringologia. 1918.*

Verf. hatte sich von Perez Reinkulturen seines Coccobacillus foetidus verschafft und beabsichtigte in grösserem Umfang Tierversuche damit anzustellen. Durch den Krieg wurden die Untersuchungen unterbrochen und Verf. konnte nur einen Teil davon zu einem gewissen Abschluss bringen; da er nicht weiss, wann er wieder imstande sein wird, sie aufzunehmen, so veröffentlicht er sie, damit sie eventuellen anderen Untersuchern als Anhalt dienen können.

Verf. hat an jungen Kaninchen von nicht mehr als 370—750 g Gewicht experimentiert; er legt auf die Jugendlichkeit der Versuchstiere grosses Gewicht, da die Ozaena beim Menschen fast ausschliesslich jugendliche Individuen befällt. Er machte Injektionen von Bouillonkultur, deren Vitalität jedesmal vor der Impfung geprüft wurde, in die Randvene des Ohres. Vor und nach der Impfung wurde das Nasensekret mikroskopisch untersucht. Die injizierte Menge betrug $^1/_2$ ccm Bouillonkultur. Es starb kein Versuchstier.

Die Versuchstiere wurden in guten hygienischen und Ernährungsverhältnissen gehalten; eine andere Serie wollte er unter ungünstigen Verhältnissen halten, da solche für die Aetiologie der Ozaena in Betracht kommen. Die Tiere wurden nach verschiedener Zeit — 20—471 Tage — getötet. Es ergab sich folgendes:

In einigen Fällen trat nach der Injektion eine mässige Rhinorrhoe auf. In den meisten Fällen dauerte diese Rhinorrhoe nur wenige Tage und im Schleim fanden sich neben anderen Mikroorganismen solche, die nach ihren bakterioskopischen Eigenschaften dem Perez'schen Bazillus glichen. Es spricht dies für eine Elektivität des Bazillus für die Nasenschleimhaut, berechtigt aber nicht, eine grössere kausale Bedeutung anzunehmen, denn es wurden niemals Veränderungen gefunden, die an die bei Ozaena erinnern.

Die Tiere wurden in ihrem Allgemeinzustand durch die Impfung nicht gestört; sie nahmen an Gewicht zu und befanden sich bei der Tötung in bestem Ernährungszustande.

Es fanden sich bei der Sektion niemals in den Nasenhöhlen Veränderungen, die auch nur im geringsten an die für Ozaena eigentümlichen anatomisch-pathologischen Veränderungen erinnerten, keine Hyperämie oder Hypertrophie bei den bald nach der Impfung getöteten Tieren, keine atrophischen Zustände weder des

Knochenskeletts noch der Schleimhaut bei den erst nach langer Zeit (471 Tage) getöteten Tieren. Niemals wurde etwas Aehnliches wie Borkenbildung gefunden.

Auch bei Neugeborenen, die aus der Paarung geimpfter Tiere herstammten, ergab die Sektion keine Veränderungen.

FINDER.

13) **Lautenschläger** (Berlin). **Operationsverfahren bei vorgeschrittener Ozaena.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 51. S. 1427. 1918.*

Seine Methode der operativen Behandlung atrophischer Zustände des Naseninnern von der erkrankten Kieferhöhle aus (s. Arch. f. Laryngol., Bd. 31, H. 1) hat Verf. durchweg günstige Resultate ergeben bei der einfachen atrophischen Rhinitis und bei frühen Ozaenen mit manifesten Eiterungen der Kieferhöhle.

In der vorliegenden Arbeit gibt Verf. die operativen Massnahmen an, die er in Fällen vorgeschrittener Ozaena anwendet. Das Wesentliche des neuen Verfahrens besteht in der Verengerung der Nasenhöhle von drei Seiten her, durch Hebung des Nasenbodens, durch Verengerung des Naseneingangs und des mittleren Nasengangs, ohne dass eine Verbindung der Kieferhöhle mit dem unteren Nasengang erfolgt.

Nach Verf. gibt es auch Ozaenakranke mit relativ enger Nase, welche ausgesprochenen Ozaenafötor und Borkenbildung haben. Angeborne oder erworbene Weite der Nase ist daher nicht ausschlaggebend für die Ozaena, auch ist es ein Irrtum, die Fälle mit enger Nasenhöhle ohne weiteres als frühe Ozaena anzusprechen.

Das Entscheidende, ob frühe oder späte Ozaena vorliegt, ist vielmehr der Befund an der Nebenhöhlenschleimhaut.

Oeffnet man in Fällen von Ozaena die Kieferhöhle und findet die Schleimhaut zum grössten Teil hyperplastisch und enthält die Kieferhöhle gar freien Eiter, dann liegt eine relativ frühe und gutartige Form von Ozaena vor. Befindet sich dagegen die Schleimhaut mehr im Stadium bindegewebiger Entartung, dann ist die Ozaena als späte Form anzusehen.

Der verschiedene Befund an der Nebenhöhlenschleimhaut ist auch ausschlaggebend für die Wahl des Operationsweges und die Nachbehandlung. Letztere ist besonders wichtig bei vorgeschrittenen Fällen von Ozaena und muss bei diesen jahrelang fortgesetzt werden. Da das aber in praxi auf Schwierigkeiten stösst, soll man auch bei weniger vorgeschrittenen Fällen sein Operationsverfahren so einrichten, dass eine möglichst kurze und wenig umständliche Nachbehandlung notwendig ist.

Nach Verf. kann nicht zu weit vorgeschrittene Ozaena auf operativem Wege geheilt werden, und zwar in allen ihren Symptomen.

Die Prophylaxe der Ozaena besteht in der frühzeitigen und gründlichen Bekämpfung der Nebenhöhlenerkrankungen.

Es wäre sehr wünschenswert, die interessanten Beobachtungen Verf.'s an einem grösseren Material nachzuprüfen (Ref.).

R. HOFFMANN.

14) **Schönstadt** (Berlin-Schöneberg). **Die operative Verengerung der Nasenhöhlen.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 29. S. 688. 1918.*

Ablösung der Weichteile von der vorderen Fläche des Oberkiefers bis zur

knöchernen Nasenöffnung, Abschiebung des Nasenschlauches vom Nasenboden und vom Septum. In die durch letzteren Eingriff entstehende Taschen schiebt Verf. je einen der Tibia entnommenen mit Periost bekleideten Knochenspan. Naht der oralen Wunde nach Zurückklappen der Weichteile. Für glattes Einheilen der Knochenspäne ist Bedingung, dass der Nasenschlauch nicht verletzt wird.

Verf. sah in 6 Fällen günstige Beeinflussung der Ozaena durch sein Verfahren, auch bei infolge operativer Eingriffe zu weiter Nase kann es gute Dienste leisten.

R. HOFFMANN.

15) **Eugen Fränkel** (Hamburg). **Ueber Erkrankungen der Nasennebenhöhlen bei Influenza.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. S. 90. 1919.*

Verf. fand unter 60 obduzierten Fällen die Nebenhöhlen nur in 16 Fällen intakt, d. h. also sie waren in 75pCt. bei Influenza erkrankt. Es wurden sowohl leichtere wie schwerere Erkrankungen des Lungenparenchyms für die Untersuchungen herangezogen. Am häufigsten war die Keilbeinhöhle erkrankt. Sie war 12mal isoliert, 15mal gleichzeitig mit einer oder beiden Kieferhöhlen, 8mal unter Mitbeteiligung der Stirn- und Kiefernhöhlen erkrankt. Dieser Höhle folgt in der Häufigkeit die Kieferhöhle. Sie wurde 8mal isoliert erkrankt angetroffen, während die Stirnhöhle nur einmal allein affiziert war (Siebbeinerkrankungen? Ref.).

Was die Art der Erkrankung der Nebenhöhlen anlangt, so handelte es sich fast ausschliesslich um exsudative Vorgänge, und zwar überwiegend hämorrhagischer Natur. Nur wenig seltener waren eitrige Ergüsse. Wesentlich seltener war die Ausscheidung mehr seröser Art, verschwindend selten wurde ein schleimiger Inhalt angetroffen. Gelegentlich kann in den erkrankten Höhlen jede Flüssigkeitsansammlung fehlen und nur die Schleimhaut ist verändert.

Bakteriologisch wurde in 5 Fällen von 22 der Influenzabazillus in Reinkultur gefunden, in den übrigen Fällen war derselbe mit anderen Bazillen vergesellschaftet, unter denen pyogene Streptokokken und Friedländer-Bazillen am häufigsten wiederkehrten. Der Influenzabazillus kann sowohl rein hämorrhagische als rein eitrige Exsudate erzeugen.

Die Nebenhöhlen können schon in den allerersten Tagen der Grippe in Mitleidenschaft gezogen werden, andererseits können sie trotz längerer Dauer des Grundleidens intakt bleiben, auch wenn dieses zum Tode führt.

Unter den bei uns heimischen Infektionskrankheiten ist keine, die mit annähernd gleicher Häufigkeit zu einer Erkrankung der Nebenhöhlen Veranlassung gibt als die Grippe.

Bei dem seinen Untersuchungen zugrunde liegenden Material vermag Verf. keinerlei Angaben über etwaige auf eine Erkrankung der Nebenhöhlen hinweisende Symptome zu machen.

Auch bei den von ihm klinisch behandelten Grippefällen fanden sich keine Erscheinungen, welche mit Sicherheit auf eine Erkrankung der Nebenhöhlen hingewiesen hätten, was aber nach Verf. nicht ausschliesst, dass bei diesen Fällen Erkrankungen der Nebenhöhlen vorhanden gewesen sind, nachdem anatomisch nachgewiesen ist, dass in 75pCt. von Influenza Beteiligung der Nebenhöhlen vorkommt.

Mit dem Rückgang des Erkrankungsprozesses, der die Luftwege vom Kehlkopf an abwärts betrifft, schwindet dieser auch an der Auskleidung der Nasennebenhöhlen.

So erklärt es sich, dass bei dem Gros der Fälle mit einer Erkrankung der Nebenhöhlen zusammenhängende Erscheinungen unter der Schwere der allgemeinen Symptome des betreffenden Patienten gar nicht zum Bewusstsein kommen und mit dem Abklingen der letzteren gleichfalls schwinden.

Man braucht deshalb am Krankenbett der Nase und ihren Nebenhöhlen bei Grippekranken besondere Aufmerksamkeit nicht zuzuwenden. Das kommt erst in Frage, wenn subjektive und objektive Erscheinungen, sowie Schmerzen oder Temperatursteigerungen aus sonst unaufgeklärter Ursache den Verdacht auf Mitbeteiligung der Nebenhöhlen erwecken.

Ein einfaches oder hämorrhagisches Oedem der Auskleidung braucht ebensowenig Symptome zu machen, wie die Ansammlung geringer Mengen Exsudates in einer der Nebenhöhlen.

R. HOFFMANN.

16) **Mouret** und **Seigneurin. Wie soll der Schleimhautschnitt bei der Caldwell-Luc-Operation angelegt werden, um eine völlige Vereinigung der Wundränder ohne Naht zu erhalten? (Comment faire l'incision de la muqueuse gingivo-jugo-labiale dans l'opération de Caldwell-Luc pour obtenir une réunion parfaite sans suture?)** *L'oto-rhino-laryngologie internationale. S. 49. Februar 1919.*

Legt man nach der Vorschrift von Luc den Schnitt auf den Alveolarfortsatz und etwas unterhalb der Umschlagsfalte, so macht das Fassen des unteren Wundrandes beim Nähen oft Schwierigkeiten; schneidet man in der Umschlagsfalte, so krempeln sich oft die Wundränder ein. Daher verlegen die Autoren den Schleimhautschnitt auf die bukkale Wand, also direkt gegenüber dem von Luc angegebenen und präparieren dann von dort aus im Bogen nach oben und innen gegen den Alveolarfortsatz zu. Infolgedessen bleibt dann ein grösserer unterer Wundrand, an den sich der obere durch Wangendruck anlegt. Naht ist absolut überflüssig. (Figur im Original.)

SCHLITTLER.

17) **Thost** (Hamburg). **Entfernung einer Bleikugel aus dem rechten Siebbein nach einer exakten Methode zur Bestimmung von Geschossen im Schädel.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jahrg. 52. S. 517.*

Ein 15jähriger Knabe erhält einen Schuss aus einem Luftgewehr in die rechte Wange. Kleine Einschussöffnung rechts der Nasenwurzel, geringe Blutung aus der Nase, Anschwellen des rechten Augenlides. Eine Röntgenaufnahme weist den Fremdkörper in der rechten Orbita nach, operatives Freilegen derselben ist aber ohne Erfolg.

Stereoskopische Aufnahme mittels eines nach der von Hasselwander angegebenen Methode konstruierten Apparates zeigt das Geschoss in den hinteren Siebbeinzellen, 4 cm hinter der Spina, wo es dann auch gefunden wurde. Heilung.

SCHLITTLER.

18) **E. Glas. Projektil im Siebbein.** Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 23. November 1917. *Wiener klin. Wochenschr. No. 49. 1917.*

Operative Entfernung von aussen mittels eines Schnittes nach Killian, durch den oberen Augenbrauenbogen gegen den Proc. nasalis des Oberkiefers und Abhebung des Auges nach der Seite. Das festsitzende Granatsprengstück, das teilweise hinter dem Bulbus lag, die Lamina perpendicularis und papyracea durchbrochen hatte, konnte erst nach breiter Ausräumung des Siebbeins entfernt werden. Eine frühzeitigere Durchleuchtung und Operation hätte die nun verlorene Sehkraft des rechten Auges wahrscheinlich noch retten können.

Im Anschluss hieran Demonstration eines deformierten Schrapnellzünders, der zur Zerschmetterung der vorderen Larynxwand bei einem Soldaten geführt hatte.

HANSZEL.

19) **K. Tachiassny** (Wien). **Steckschüsse des Siebbeins.** Wissenschaftl. Versammlung des Garnisonsspitals No. 14 in Lemberg vom 17. September 1917. *Wiener med. Wochenschr. No. 26. 1918.*

Entfernung des Granatsplitters und einer Füllkugel auf endonasalem Wege mit Eröffnung des Siebbeins. Auffallend war das Fehlen jeglicher entzündlicher Erscheinung der Schleimhaut.

HANSZEL.

20) **Streit. Granatsplitter im linken Stirnhirn.** Verein f. wissenschaftl. Heilkde. in Königsberg i. Pr., Sitzung vom 2. Dezember 1918. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 5. S. 144. 1919.*

Vorstellung eines Soldaten, der seit seiner Verwundung (vor $2^1/_2$ Monaten) einen etwa 100 g schweren Granatsplitter im linken Stirnhirn beherbergt. Ausser lokalen, durch die Verwundung direkt bewirkten Symptomen (Lähmung des Obliquus superior und des Lidhebers) körperlich und seelisch ein ganz negativer Befund. Kopfschmerzen fehlten.

R. HOFFMANN.

21) **O. Hirsch** (Wien). **Hypophysentumor.** Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 10. Mai 1918. *Wiener klin. Wochenschr. No. 2. 1918.*

Vorstellung eines nach seiner endonasalen Methode vor 7 Jahren operierten, damals 69jährigen Mannes. Seit der Operation fast vollständige Heilung und Erwerbsfähigkeit.

HANSZEL.

22) **Foramitti. Nasenplastik.** Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 17. Mai 1918. *Wiener klin. Wochenschr. No. 22. 1918.*

Demonstration mehrerer Fälle von Nasenplastik. Zur Stütze der Nase, selbst wenn es sich nur um die Nasenspitze handelt, wird ein Span aus der Tibia gegenommen, der gestielte Weichteillappen aus der Stirn.

HANSZEL.

23) **Kümmel. Nasenprothesen.** Naturhist.-med. Verein Heidelberg, Sitzung vom 17. Dezember 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 6. S. 168. 1919.*

Demonstration einer Nasenprothese, die den Zweck hat, schweren Nasendeformitäten im Anschluss an Schussverletzungen des knöchernen Gesichtsschädels entgegenzuwirken.

R. HOFFMANN.

c) Mundrachenhöhle.

24) **P. Schiefferdecker. Untersuchung einer Anzahl von Kaumuskeln des Menschen und einiger Säugetiere in bezug auf ihren Bau und ihre Kernverhältnisse.** *Pflüger's Arch. f. d. gesamte Physiologie. Bd. 173. 1919.*

Die umfangreiche und eine grosse Zahl von Tatsachen enthaltende Arbeit eignet sich nicht zum Referat.

FINDER.

25) **Morawitz. Frühsymptome bei Biermer'scher Anämie.** Greifswalder mediz. Verein, Sitzung vom 4. Oktober 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 49. S. 1374. 1918.*

M. lenkt die Aufmerksamkeit auf die Hunter'sche Glossitis als Frühsymptom der perniziösen Anämie. In allen von ihm in letzter Zeit untersuchten Fällen liessen sich Zungenveränderungen nachweisen, zwar häufig nicht in Form einer Glossitis, sondern einer glatten Atrophie der Papillae filiformes und fungiformes. Es scheint, dass die Zungenveränderung nicht direkt mit der Anämie zusammenhängt, wohl aber Beziehungen zu der bei derselben regelmässig vorkommenden Achylia gastrica hat. Achylia und Zungenveränderungen lassen oft die Frühdiagnose der perniziosen Anämie stellen, die durch eine genaue Blutuntersuchung erhärtet wird.

R. HOFFMANN.

26) **Euler** (Erlangen). **Salvarsan bei Alveolarpyorrhoe.** *Ther. Monatshefte. H. 4. April 1919.*

Verf. bespricht zunächst die Rolle der Spirochaeta pyorrhoica (Kolle) bei der Alveolarpyorrhoe, ferner die Frage, ob — wie Gerber es will — es sich um eine Symbiose der Spirochäten mit dem Bac. fusiformis handelt. Er kommt zu dem Ergebnis, dass jedenfalls die Spirochäte die dominante, wenn nicht die alleinige ätiologische Rolle spielt. Voraussetzung für die abnorm starke Vermehrung der auch bei normalem Zahnfleisch saprophytisch vorkommenden Mikroorganismen ist eine durch örtliche Momente, wie besonders den Zahnstein, verursachte marginelle Gingivitis. Die Einwirkung des Salvarsans ist eine sehr prompte, sie führt zunächst zu stärkerer Reaktion, dann zu schneller Abnahme der Spirochäte und damit zur Besserung des Leidens. Für leichtere Fälle genügt die 10proz. Verwendung in Mischungen mit Vaseline und Glyzerin in sinngemässer Form vollkommen, für Fälle mittleren Grades wäre die örtliche Injektion weiter zu versuchen, für ganz schwere Fälle bleibt die intravenöse Injektion in nicht zu kleinen Dosen.

FINDER.

27) **Franz Wachter. Die Tonsillen und ihre Beziehungen zu den Allgemeinerkrankungen, unter besonderer Berücksichtigung eines Falles von Meningitis nach follikulärer Angina.** *Zentralbl. f. innere Med. No. 17. 1919.*

Der Fall betrifft ein 17jähriges Mädchen, das wegen Morbus Basedowii aufgenommen, an Angina follicularis erkrankte. Am dritten Krankheitstage Nackensteifigkeit und Erbrechen. Babinski beiderseits positiv, kein Kernig. Lumbalpunktion: Unter sehr hohem Druck trübe Flüssigkeit; starke Vermehrung der

polynukleären Leukozyten. Kulturell Staphylococcus aureus. Sektionsbefund: Frische eitrige Meningitis. Leider wurde die Sektion nicht auf die Tonsillen und die eventuellen Infektionswege für die Meningen ausgedehnt. FINDER.

28) G. Killian. **Die Therapie der lakunären Gaumenmandelentzündungen und ihrer Folgezustände.** *Die Therapie der Gegenwart. Februar 1919.*

Verf. bespricht die lokalen und allgemeinen Folgeerscheinungen der Angina lacunaris, die methodische Untersuchung und Ausdrückung der Tonsillen, die Bedeutung der Gaumenbucht, die Prophylaxe (Isolierung der Anginakranken in Hospitälern, Kasernen usw.). Grossen Wert legt er darauf, dass die Behandlung nicht nach Abfall des Fiebers als abgeschlossen angesehen wird, sondern dass, um den Komplikationen und der Entstehung einer chronischen Tonsillitis vorzubeugen, die Mandeln solange ausgedrückt werden, bis die Pfropfbildung beseitigt oder gebessert ist. Genügt dies nicht, so ist Schlitzung anzuraten; Pfropfbildung allein hält K. nicht für Indikation zur Tonsillektomie.

Bei akuter lakunärer Angina gibt K. keine Antipyretika, bei akuter Anschwellung der regionären Lymphdrüsen empfiehlt er Anwendung des Heissluftbades für den Hals. Zum Schluss bespricht er die Fragen der Tonsillektomie.

FINDER.

29) **Steiner** (Prag): (Fortsetzung.) **Die Tonsillektomie und ihre Bedeutung für die Behandlung der Allgemeinerkrankungen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jahrgang 52. S. 497 und S. 545.*

Die Indikation zu den vom Verf. ausgeführten 110 Tonsillektomien bildeten wiederholte Abszessbildung, eitrige Peritonsillitis, rezidivierende Anginen, Gelenkrheumatismus, Entzündung der Halslymphdrüsen und hämorrhagische Nephritis.

Die chronische Tonsillitis ist stets bedingt durch eine Infektion der Tonsillensubstanz, Streptokokken spielen dabei die Hauptrolle.

Was die Operationstechnik anbelangt, so geht Verf. ähnlich vor wie Mann, indem er durch einen Schnitt längs des Randes des vorderen Gaumenbogens die Fossa supratonsillaris freilegt und von dort aus möglichst stumpf die Tonsille samt ihrer Kapsel auslöst. Peinliche Blutstillung ist sehr angezeigt, die Nachbehandlung besteht in Bettruhe und Eiskrawatte, von ambulanter Behandlung rät Verf. dringend ab. Bei 3 von den 110 Operierten trat eine Nachblutung auf, sie konnte prompt durch Vernähen der Gaumenbogen gestillt werden.

Bei Kindern empfiehlt Verf. das von Sluder und Gundelach geübte Verfahren (Monatsschr. f. Ohrenheilk., 1911, H. 8), jedoch rät er bei Kindern bis zu 12 Jahren mit der Tonsillektomie eher zurückhaltend zu sein, da die Tonsillotomie meist genügt und den Tonsillen für das Kindesalter doch eine gewisse funktionelle Aufgabe zukommt. Neben der Gefahr der Blutung ist es auch die Möglichkeit der postoperativen Infektion, welche uns die Tonsillektomie doch als ernsten Eingriff betrachten und unseren Patienten die Operation nur empfehlen lässt, nachdem wir uns überzeugt haben, dass wirklich die Tonsillen an der Allgemeinerkrankung schuld sind. SCHLITTLER.

30) **Levinger** (München). **Peritonsillitis und Peritonsillarabszess. Erfahrungen bei 80 Operationen nach meiner Methode.** *Münchener med. Wochenschr. No. 12. S. 323. 1919.*

Von der Tatsache ausgehend, dass die meisten Peritonsillarabszesse ihren Ursprung in der Regio supratonsillaris haben, empfahl Verf., im akuten Stadium den oberen Mandelpol extrakapsulär zu resezieren.

Er wandte seine Methode bisher in 80 Fällen an und sah nie einen Versager. Jetzt dehnt er sie auch auf subakute Peritonsillitiden aus. Der Eingriff ist auch bei beträchtlicher Kieferklemme ohne Narkose möglich. Nachblutungen oder Eiterverschleppung (Infektion des Nachbargewebes) wurde nie beobachtet.

KOTZ.

31) **A. Brown Kelly. Behaarte oder Dermoidpolypen des Rachens und Nasenrachenraums. (Hairy or dermoid polypi of the pharynx and naso-pharynx.)** *The Journal of laryng., rhin. and otol. März 1918.*

Es handelte sich in dem mitgeteilten Fall um ein 6 Wochen altes Kind, aus dessen Munde ein zungenförmiges Gebilde hing, das von der Mutter immer wieder zurückgeschoben wurde. Es wurde festgestellt, dass der Tumor mittels eines feinen Stieles von der linken Seite des Nasenrachens entsprang. Er wurde mit Leichtigkeit mit der Schlinge entfernt. Pathologischer Befund: Die äussere Lage besteht aus einem geschichteten Pflasterepithel mit einigen Haarfollikeln. Das darunter liegende Bindegewebe ist locker und enthält 2 oder 3 kleine Drüsen. Der zentrale grössere Teil des Tumors besteht aus Gewebe, das durchaus dem Fett gleicht.

Verf. knüpft an die Mitteilung einige Bemerkungen über solche Fälle. Ausser den von anderen Autoren und aus der Literatur zusammengestellten Fällen hat Verf. noch 5 bisher nicht mitgerechnete Fälle gefunden, so dass die Gesamtzahl einschliesslich seines eigenen Falles 50 beträgt. FINDER

d) Diphtherie und Croup.

32) **Bachauer** (Augsburg). **Ueber Diphtheriebekämpfung an den Volksschulen Augsburgs.** *Münchener med. Wochenschr. No. 12. S. 326. 1919.*

Ausführlicher Bericht über die Methoden, mit denen der Verfasser seit fünf Jahren recht erfreuliche Erfolge erzielte. Im genannten Zeitraum ist nicht nur die Zahl der Diphtherie-Erkrankungen der Schulkinder, sondern auch der Gesamtbevölkerung der Stadt wesentlich zurückgegangen.

Das Hauptgewicht wurde auf Fernhaltung aller jener Kinder vom Schulbesuch gelegt, welche Bazillen beherbergen. Hierzu wurde nicht nur regelmässige Untersuchung aller Rekonvaleszenten bis zur Keimfreiheit vorgenommen, sondern auch das Augenmerk auf die Umgebung der Erkrankten und der Bazillenträger gerichtet.

Was die Entkeimung betrifft, so dauerte sie durchschnittlich 4—5 Wochen und zwar fiel es dem Verf. auf, dass sie bei Kindern mit vergrösserten Gaumenmandeln besonders lang währte. Sie wurde unterstützt durch Gurgelungen mit 1 proz. Malonsäure- und 5 proz. Providollösung und durch Pinseln mit Jodtinktur.

KOTZ.

33) **Friedemann. Zur Diphtheriediagnose.** Berliner mikrobiologische Gesellschaft, Sitzung vom 17. Januar 1918. *Berliner klin. Wochenschr. No. 36. S. 869. 1918.*

An dem Krankenmaterial des Krankenhauses Moabit fand F. — zunächst nur in Rachenabstrichen — in Fällen, in denen diphtheroide Stäbchen konstatiert wurden, bei fortlaufenden bakteriologischen Untersuchungen stets vorher, nachher oder gleichzeitig Diphtheriebazillen. F. ist daher geneigt, Befunde von Diphtheroiden im Rachen für die Diphtheriediagnose unter Vorbehalt zu verwerten.

Zu bemerken ist jedoch, dass unter Diphtheroiden nach F. nur die vom Pseudodiphtherietypus zu verstehen sind, und zwar 1. atypische Bazillen, bei denen die Neisserfärbung fehlt, Form und Lagerung aber erhalten sind, 2. Pseudodiphtheriebazillen, bei denen ausser Fehlen der Neisserfärbung auch die Form atypisch ist. Von dieser Erörterung auszuschliessen sind diphtherieähnliche Leptothrixarten, Heubazillen usw.

R. HOFFMANN.

34) **Sobernheim** und **Nagel. Ueber eine Diphtherieepidemie durch Nahrungsmittelinfektion.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 32. S. 761. 1918.*

Ueber Nahrungsmittelinfektion als Ursache einer Diphtherieepidemie finden sich in der Literatur bisher nur ganz vereinzelte Angaben. Die Verff. liefern hierzu einen Beitrag. Die Beobachtung betrifft einen Ersatztruppenteil der Berliner Garnison. Es liess sich feststellen, dass alle Mannschaften erkrankten, die aus einer bestimmten Küche verpflegt wurden. Offenbar war durch die in der betreffenden Küche vorhandenen Diphtheriekranken und Bazillenträger ein Nahrungsmittel infiziert worden, das sich allerdings nicht mit völliger Sicherheit feststellen liess. Die Bekämpfungsmassregeln waren die üblichen.

R. HOFFMANN.

35) **P. Klemperer. Diphtheritische Entzündung der Luftwege, hervorgerufen durch Influenzabazillen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 34. 1918.*

Die hintere Fläche der Epiglottis, die Wand des Kehlkopfes und beide Stimmbänder sind von einer graubraunen, diphtheritischen Membran bedeckt, die sich nur schwer mit dem Messer abkratzen lässt. Die gleiche Veränderung betrifft die ganze Trachea und grossen Bronchien. Während die bakteriologische Untersuchung auf Diphtherie negativ blieb, zeigte die Blutagarplatte nach Pfeiffer Kolonien, welche durch ihr streng hämoglobinophiles Verhalten als Influenzabazillen identifiziert wurden.

HANSZEL.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

36) **J. Garel. Beitrag zur Therapie der Kehlkopfpapillome bei kleinen Kindern. (Contribution au traitement des papillomes du larynx chez les enfants en bas âge.)** *Revue de laryng., d'otol. et de rhinol. No. 9. 1918.*

Verf. gehört zu den Verfechtern der Entfernung der Larynxpapillome per vias naturales. Die Laryngostomie ist selbst nach Sergnon und Beco nur als Ausnahmeverfahren zu betrachten; sie schützt nicht vor Rezidiven und führt leicht zu dauernden Schädigungen der Stimme. Die Entfernung per vias naturales erfordert unter Umständen grosse Geduld. Verf. führt 2 Beispiele dafür an. In

dem einen Falle, ein 32 Monate altes Kind betreffend, dauerte die Kur mit Unterbrechungen 2 Jahre an. Das Kind musste sofort bei seiner Aufnahme in das Hospital tracheotomiert werden; die Papillome rezidivierten nicht nur im Larynx, sondern auch an der Tracheotomiewunde und in der Trachea bis zur Bifurkation. Es wurde aber mit Geduld doch schliesslich erreicht, dass die Kanüle entfernt werden konnte. Daneben wurde Kalziummagnesia gegeben; doch kann Verf. über die Wirkung des Medikaments nichts Bestimmtes aussagen. Der zweite Patient war 6 Jahre alt; die ersten Eingriffe wurden auf direktem, die folgenden auf indirektem Wege gemacht; es trat völlige Heilung ein und die Stimme stellte sich in volkommener Weise wieder her. Verf. bedient sich zur direkten Laryngoskopie eines von Dortu angegebenen Spatels, zur Entfernung der Geschwülste zweier von ihm selbst angegebener Instrumente.

FINDER.

37) A. Pugnat. **Studie über die Amyloidtumoren des Kehlkopfes. (Etude sur les tumeurs amyloïdes du larynx.)** *Revue de laryng., d'otol. et de rhinol. No. 9. 1918.*

Verf. geht aus von einem Falle eigener Beobachtung, betreffend einen 52jähr. Mann mit einem linsengrossen Tumor am freien Rande des linken Stimmbandes. Er hat in der Literatur 28 Fälle ausfindig machen können. Es zeigt sich, dass nächst der Konjunctiva der Kehlkopf am häufigsten Sitz amyloid degenerierter Neubildungen ist. Mit geringen Ausnahmen betreffen die Fälle fast ausschliesslich Männer. Der grösste beschriebene Tumor hatte die Grösse einer Nuss; häufig sind sie multipel. Die Tumoren kommen an allen Teilen des Larynx vor; sie sind hart, von gelber bis graugelber Farbe und durchscheinend wie Glas; niemals wurde ein geschwüriger Zerfall der Tumoren beschrieben. Nur einmal wurde ein gleichzeitiges Vorkommen eines anderen Tumors beschrieben, und zwar eines Karzinoms. Die Diagnose lässt sich mit Sicherheit nur auf Grund der histologischen Untersuchung stellen. Die Prognose ist gut, ausser bei den Formen mit diffuser Infiltration, besonders wenn Trachea und Bronchien mit ergriffen sind. Verf. schlägt vor, nicht von Amyloidtumoren zu sprechen, sondern von zirkumskripter bzw. diffuser Amyloidose des Kehlkopfes.

FINDER.

38) Richmond McKinney. **Angiom des Kehlkopfes; Bericht über einen Fall. (Angeioma of the larynx; report of a case.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Februar 1918.*

35jähriger Mann mit subglottischem Tumor von der Grösse einer grossen Erbse, von bräunlich-roter Farbe, der gestielt vorne unter dem rechten Stimmband sass. Der pathologische Befund lautete auf Angiom. Verf. hat in der Literatur 43 Fälle gefunden.

FINDER.

39) A. Gütt. **Die einfachen und kombinierten Lähmungen des Nervus recurrens.** *Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. S. 511. Februar 1919.*

Der Arbeit liegt das Material der Königsberger Klinik zugrunde mit 154 Fällen; davon waren doppelseitig 12,7 pCt., rechtsseitig 27,3 pCt. und linksseitig 60 pCt., welche Zahlen sich mit den von Avellis gefundenen (Berl. Klinik, 1891) fast völlig decken.

Bei den zentralen Lähmungen unterscheidet Verf. isolierte zentrale und kombinierte. Die erstere Gruppe ist durch 6 Fälle vertreten, die ätiologisch alle auf Tabes beruhen, die 2. Gruppe enthält 13 Fälle von Rekurrensparalyse, kombiniert mit Lähmungen im Bereiche des IV., VII., IX., XI. und XII. Hirnnerven und Influenza, Enzephalitis, Lues, Bulbärparalyse, Syringomyelitis und Trauma als Ursache.

Weit zahlreicher und für die Praxis mehr in Betracht kommen die peripher hervorgerufenen Paresen bzw. Paralysen des N. recurrens; sie bilden 87 pCt. des untersuchten Materials, wovon allerdings nur bei 53,4 pCt. (82 Patienten) eine periphere Ursache der Lähmung ganz sicher nachgewiesen, während bei 34,3 pCt. (53 Patienten) die Aetiologie nicht einwandfrei festgestellt werden konnte.

Teilen wir die peripheren Lähmungen ein in solche, verursacht durch Druck, und in solche, bedingt durch eine entzündliche Veränderung des Nerven, so überwiegen die ersteren weitaus (93 pCt.). Unter ihnen steht im Vordergrunde die Rekurrensparese bzw. Paralyse bei Aorten- resp. Aneurysmaerkrankungen (28 pCt.) und bei Oesophaguserkrankungen (20,7 pCt.), weit seltener infolge Struma (12 pCt.), Vitium cordis (8,5 pCt.), Drüsen und Tumoren des Halses (9,8 pCt.), Lungenspitzenaffektionen (8,5 pCt.) und Tumoren im Thorax (5 pCt.).

Die Zahl der peripheren Lähmungen infolge Neuritis ist eine sehr kleine (6 Fälle), und Verf. glaubt selbst, dass sie der Wirklichkeit nicht entspricht und eine grosse Anzahl der 53 Fälle unbekannter Aetiologie dazu gehören. Gerade rheumatische Neuritiden nach Influenza, Angina usw. dürften dieser Gruppe angehören, ebenso spielt der chronische Alkoholismus wahrscheinlich eine ziemliche Rolle in der Aetiologie.

SCHLITTLER.

40) Carlo Bruzzone. **Ein Fall von Symptomenkomplex des Foramen lacerum posterius unklarer Aetiologie. (Un caso di sindrome del foro lacero posteriore ad eziologia oscura.)** *Arch. Ital. di laringologia. 1918.*

Vernet hat unter diesem Namen die kombinierte Lähmung der IX., X. und XI. Hirnnerven beschrieben (Ref. Zentralbl., dieser Jahrgang, S. 65). Verf. berichtet über einen Soldaten, bei dem folgende Erscheinungen bestanden: Unfähigkeit feste Speisen zu schlucken, es gelang dies nur, wenn ein Schluck Flüssigkeit dazu getrunken wurde; bei der Phonation Unbeweglichkeit der linken Hälfte des Gaumensegels, Kadaverstellung des linken Stimmbandes; die rechte Hälfte der hinteren Pharynxwand wird nach rechts verzogen; Hypästhesie der Pharynxschleimhaut links und des Vestibulum laryngis. Dazu kommt eine Dysphonie, die Verf. und Torrigiani, der einen ähnlichen Fall beschreibt, als „Pharyngolalia aperta“ bezeichnen und die besteht erstlich in einem Gefühl der Ermüdung während der Stimmgebung, zweitens und ganz besonders in einem speziellen Timbre der Stimme, die zum Teil an Patienten mit Pharynxphlegmone erinnert. Verf. führt aus, dass die geschilderten Erscheinungen zurückzuführen seien auf eine Affektion des linken IX., X. und XI. Hirnnerven, ferner dass es sich um eine Läsion im linken Foramen lacerum posterius handeln müsse. Die Aetiologie ist in diesem Fall dunkel; Verf. neigt dazu, eine einfache periostitische Verdickung im Foramen oder eine kleine rachitische Exostose anzunehmen.

FINDER.

41) Guglielmo Bilancioni. **Der Symptomenkomplex der letzten Hirnnerven infolge Schussverletzungen der Gesichts- und Kieferhöhlen. (La sindrome degli ultimi nervi cranici per ferita d' armi da fuoco dei seni della faccia e dei mascellari.)** *Arch. Ital. di laringologia. 1918.*

Verf. teilt sieben Fälle verschiedener Kombinationsformen von Lähmungen der Zunge, des Gaumens, des Pharynx, des Kehlkopfs nach Schussverletzungen des Gesichts und der Nebenhöhlen mit.

Im Anschluss daran teilt er einen Fall von schwerer Verletzung der Zunge durch einen Granatsplitter mit; das Geschoss wurde später durch Inzision von der linken Halsseite aus entfernt, und zwar sass es neben der Wirbelsäule und hatte das Ganglion cervicale superius des Sympathikus zerstört. Es bestand das klassische Bild einer Paralyse des Halssympathikus: Miosis paralytica, begleitet von Verengerung der Rima palpebrarum, mässiger Enophthalmus, Hypotonie und Kongestion der entsprechenden Gesichtshälfte, Hyperämie des Mittelohrs.

FINDER.

42) R. Beausoleil. **Die Epiglottektomie auf trans-thyreo-hyoidalem Wege. (De l'épiglottectomie par la voie trans-thyro-hyoidienne.)** *Revue de laryngo-oto-rhinologie. No. 3. 15. Februar 1919.*

Die Abtragung der Epiglottis kann angezeigt sein wegen gutartiger oder bösartiger Tumoren, wegen Narbenadhäsionen und Narbendeformitäten infolge von Kriegsverletzungen, Verbrennungen, syphilitischer Erkrankung usw. Sie kann per vias naturales erfolgen oder durch Eingriff von aussen. Der natürliche Weg soll reserviert bleiben für die am freien Rand der Epiglottis sitzenden gutartigen Tumoren. Handelt es sich um bösartige, wenn auch begrenzte Tumorbildung, so ist dieser Weg unzulänglich und es muss von aussen operiert werden; die Operation von aussen ist auch indiziert, wenn es sich um Adhäsionen handelt, die sich von der Epiglottis zu den Aryknorpeln erstrecken. Nach Verf. führt keine der verschiedenen Arten der Pharyngotomie (supra-, sub- und transhyoidea) so leicht zum Ziel als der transthyreo-hyoidale Weg, mittels dessen Moure in zwei Fällen (einer wegen Epitheliom der Epiglottis, einer wegen Verwachsungen infolge Verwundung) ein günstiges Resultat erzielte.

Die Operation geschieht in Lokalanästhesie mit Novokain und Suprarenin. Die Technik setzt sich aus 5 Zeiten zusammen: Inzision von Haut und Weichteilen, Einsetzung einer Trachealkanüle, Durchschneidung des Schildknorpels, der Membrana thyreo-hyoidea und des Zungenbeins; Naht der verschiedenen Etagen.

FINDER.

43) G. Hofer (Wien). **Larynxexstirpation.** Gesellschaft der Aerzte, Sitzung vom 21. Juni 1918. *Wiener med. Wochenschr. No. 27. 1918.*

Demonstration mehrerer Patienten mit Larynxexstirpation.

Er pflegt schräge Absetzung der Trachea vorzunehmen, wodurch ein weites Trachealstoma besteht, welches keine Kanüle nötig macht. HANSZEL.

44) **Denker** (Halle a. S.). **Ueber Kriegsverletzungen des Kehlkopfes und der Luftröhre unter Berücksichtigung der Rentenansprüche der Verletzten.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 103. H. 2/3. S. 33.*

Verf. verbreitet sich über die verschiedenen Massnahmen bei Behandlung der Kehlkopfstenosen und über die Aussichten der Wiederherstellung der Luftdurchgängigkeit und Stimmfunktion.

Auf die über 20 Seiten einnehmenden Krankengeschichten, von denen einige schon anderorts mitgeteilt wurden, soll hier nicht näher eingegangen werden, zumal sie keine wesentlich neuen Gesichtspunkte bringen.

Bezüglich der Rentenansprüche nimmt Verf. folgende Gruppen an: 1. Atmung durch den Kehlkopf unmöglich, so dass Pat. sich nur schriftlich oder durch Zeichen verständigen kann. 2. Atmung durch den Kehlkopf fast vollständig aufgehoben, so dass Kanüle getragen werden muss. 3. Atmung in der Ruhe und im Schlaf durch den Kehlkopf möglich, so dass Kanüle nicht mehr getragen wird. Bei körperlicher Anstrengung Stenoseatmung. 4. Atmung durch den Kehlkopf auch bei körperlicher Anstrengung unbehindert.

Innerhalb dieser Gruppen schwankt die Erwerbsbehinderung je nach der Schwere der Sprach- und Stimmbehinderung und vor allem auch je nach dem Beruf des Verletzten zwischen 10 und 70pCt.

KOTZ.

45) **S. Gatscher. Schussverletzungen.** Militärärztl. wissenschaftl. Verein des Militärkommandos Pressburg, Sitzung vom 23. Oktober 1917. *Wiener med. Wochenschr. No. 24. 1918.*

Demonstration eines Mannes mit einem Gewehrprojektil im linken Spatium retrosternale mit Rekurrenskompression. Die Extraktion der Kugel lässt bezüglich der Heiserkeit wohl einen Erfolg erhoffen. Ferner Vorstellung eines Soldaten mit verheiltem Querdurchschuss durch den Hals in der Höhe des Zungenbeins. Sprachstörung infolge narbiger Fixation der Zunge.

HANSZEL.

46) **Robert Rendu. Trachealinjektionen auf intra-crico-thyreoidalem Wege. (Injections trachéales par la voie inter-crico-thyréoidienne.)** *La Presse méd. No. 19. 3. April 1919.*

Während des Krieges wurden zur Behandlung von Affektionen der Luftwege nach Einatmung giftiger Gase mit Erfolg intratracheale Injektionen von Gomenolöl (2—5pCt.) gemacht; die Injektion auf dem gewöhnlichen Wege machte oft infolge Mangels an Beleuchtung, schwerer Dyspnoe der Patienten und sehr gesteigerter Reflexerregbarkeit Schwierigkeiten. Verf. kam so darauf, in diesen Fällen die Injektionen mittels Rekordspritze durch die Membrana crico-thyreoidea hindurch zu machen. Er hat sich dieses Verfahrens z. B. bedient bei schweren Grippefällen mit broncho-pulmonalen Komplikationen.

FINDER.

47) **Arcelin. Geschichte eines im Bronchus eingekapselten Hemdenknopfes. (Histoire d'un bouton de chemise intrabronchique.)** *Société de radiologie médicale de France. 8. März 1919.*

Der Hemdenknopf wurde nach einem Jahr mittels Röntgenaufnahme dia-

gnostiziert. Es wurden verschiedene Versuche der Extraktion nach Tracheotomie und Pleurotomie gemacht. Erst im 9. Jahr gelang es, unter Kontrolle des Fluoreszenzschirms ihn zu extrahieren.

FINDER.

f) Schilddrüse.

48) **Martha Schmidtmann. Zur Kenntnis seltener Krebsformen.** *Virchow's Arch. Bd. 226. H. 1. 1919.*

Unter den mitgeteilten Fällen befindet sich ein Plattenepithelkrebs der Schilddrüse bei einem 10jährigen Knaben; der Krebs betraf nur den linken Lappen. Abgeleitet wird er von dem Epithel der Kiemenbögen.

FINDER.

49) **G. Hofer** (Wien). **Strumektomie.** Gesellsch. d. Aerzte, Sitzung vom 21. Juni 1918. *Wiener med. Wochenschr. No. 27. 1918.*

Wegen hochgradig säbelförmiger Verengerung der Trachea und Erweichung der Wände wurde das 6. und 7. Trachealsegment links submukös reseziert, worauf sich die Wand streckte.

HANSZEL.

g) Oesophagus.

50) **Brüning** (Konstantinopel). **Oesophagotomie oder Extraktion mittels Oesophagoskops bei eingekeilten Fremdkörpern in der Speiseröhre und Bemerkungen über Karotisunterbindungen.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 50. S. 1387. 1918.*

Verf. zieht auf Grund seiner Beobachtungen, denen er eine neue in der vorliegenden Arbeit hinzufügt, die Oesophagotomie zur Entfernung in der Speiseröhre eingekeilter Fremdkörper vor gegenüber der Extraktion mittels Oesophagoskops, weil die Oesophagoskopie nicht genügend Klarheit schaffe über durch den Fremdkörper herbeigeführte Mitverletzungen der Speiseröhre bzw. — und ganz besonders — ihrer Umgebung, ganz abgesehen von den Gefahren, welche die Extraktion besonders zackiger Fremdkörper per vias naturales mit sich bringe.

Unbedingt zu verwerfen ist daher nach Verf. die Extraktion auf diesem Wege bei den letztgenannten Fremdkörpern, auch solchen mit rauher Oberfläche, während dagegen bei glatten Objekten (Münzen, Steinen) oder weichen (z. B. Fleischklumpen) die Entfernung auf ösophagoskopischem Wege versucht werden darf, aber auch bei diesen Fremdkörpern nur innerhalb der ersten 3 Tage, um sicher zu sein, dass nicht eine Druckgangrän an der Speiseröhrenwandung eingetreten ist.

Wenn tatsächlich viele Fremdkörper ohne spätere Folgen mittels der Oesophagoskopie extrahiert worden seien, so beweise das nur, dass man in vielen Fällen das Glück haben kann, den Fremdkörper zu entfernen, ohne dass es dabei zu ernsten Verletzungen der Speiseröhre kommt bzw. ohne dass vorher ernstere Schädigungen bestanden hatten.

Und dann! — die unglücklich verlaufenen Fälle nach Extraktion bzw. Extraktionsversuchen mit dem Oesophagoskop wurden gewöhnlich nicht veröffentlicht!

Verf. knüpft an seine Beobachtung noch einige Bemerkungen über Karotisunterbindung. In seinem Fall hatte eine verschluckte Nadel die Karotis gerade an ihrer Teilungsstelle verletzt und es musste die Carotis communis unterbunden werden. Die Unterbindung hatte keinerlei Erscheinungen nach sich gezogen weder im

Augenblick der Unterbindung, noch in der Folgezeit (das Alter des Kranken ist leider nicht angegeben. Ref.). Dagegen sah Verf. nach doppelseitiger prophylaktischer Unterbindung der Carotis externa — deren Unterbindung man allgemein für ungefährlich hält — wegen Zungenkarzinoms Tod durch Hirnödem. Er mahnt deshalb, die doppelseitige Unterbindung der Carotis externa zu unterlassen, die sich auch in anderen Fällen als gefährlich erwiesen habe. Auch die einseitige Unterbindung der Carotis externa kann nicht ungefährlich sein. R. HOFFMANN.

51) **Wittmaack** (Jena). **Ueber einen klinisch geheilten Fall von Oesophagus-Karzinom.** *Münchener med. Wochenschr. No. 14. S. 371. 1919.*

Bei dem 54jährigen Patienten wurde etwa 1 Monat nach Auftreten der ersten Beschwerden die Diagnose durch Probeexzision gestellt. In 2wöchigen Pausen erfolgte dann die Radiumbehandlung in je 8—9stündigen Sitzungen. Es wurden 500 mg Radiumbromid in 2 mm Messingfilter verwendet. Kurze Zeit nachher trat eine äussert heftige, 3 Monate andauernde Radiumreaktion auf, die das Allgemeinbefinden stark beeinträchtigte. Dann rasche Besserung. Durch regelmässige Sondenbehandlung konnte die Durchgängigkeit der Speiseröhre auf ein befriedigendes Mass gebracht werden. Jetzt, $1^1/_2$ Jahre nach der Radiumbehandlung macht der Fall den Eindruck der klinischen Heilung.

Verf. legt grossen Wert darauf, dass das Radiumröhrchen reichlich lang sei (etwa 4 cm) und eventuell durch umgewickelte Gaze so verdickt wird, dass die Einführung mit leichtem Druck geschehen muss. Diese wird mittels des Oesophagoskops in Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf vorgenommen. Möglicherweise wäre auch eine Kombination mit Röntgen-Tiefenbestrahlung zweckmässig. Alles hängt natürlich davon ab, dass die Behandlung möglichst frühzeitig einsetzt.

KOTZ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Rhese. Die Kriegsverletzungen und Kriegerkrankungen von Ohr, Nase und Hals.** J. Bergmann. Wiesbaden 1918.

Unter der begreiflicherweise sehr grossen Anzahl von Publikationen über kriegsärztliche Erfahrungen nimmt das Buch von Rhese „Die Kriegsverletzungen und Kriegserkrankungen von Hals, Nase und Ohr“ eine hervorragende Stellung ein. Der Verf. behandelt sein Thema gestützt auf ganz besonders reiche eigene Erfahrungen und eine selten umfassende Kenntnis der bisher erschienenen Literatur. Der bei weitem grösste und ich möchte sagen interessanteste Teil des Buches ist den Verletzungen und Erkrankungen des Ohres gewidmet und muss füglich in diesem Zentralblatt ausser Acht gelassen werden. Verf. hatte schon im Frieden den Verletzungen des Ohres und den sich am Gehörorgan bemerkbar machenden Folgen von Kopfverletzungen sein besonderes Interesse und eine Reihe interessanter Arbeiten gewidmet, so dass er zu dieser Aufgabe eine ganz besondere Eignung mitgebracht hat. Diese besondere Eignung und ein dadurch entstehendes „Ueberdersachestehen“ empfindet man bei der Lektüre jeden Abschnittes, auch in den der Nase und dem Kehlkopf gewidmeten Kapiteln. Gegenüber diesem ganz

besonderen Lobe möchte ich allerdings auch gewisse Bedenken nicht unterdrücken, die aus der Auffassung Verf.'s von der gewählten Aufgabe entstanden sind. Verf. hatte die Absicht einesteils für den wohl ausgebildeten und facherfahrenen Spezialisten, andererseits aber auch für den dem Fache fernstehenden und fachlich nicht geschulten Sanitätsoffizier und praktischen Arzt zu schreiben. Diese doppelte Aufgabe erscheint mir wenigstens auf den vorliegenden Gebieten ausserordentlich schwer, wenn nicht unmöglich zu erfüllen. Die Folge dieser doppelten Absicht ist, dass sich auf der einen Seite ganz spezialistische Auseinandersetzungen finden, z. B. über die Siebbeinverletzungen oder die ausserordentliche Mannigfaltigkeit der verschiedenen Schusskanäle und deren Verlauf am und im Halse oder der Nase und die dadurch gesetzten Verletzungen und Störungen — man hat den Eindruck, dass Verf. sich mit diesen Feststellungen mit ganz besonderer Vorliebe beschäftigt hat —, auf der anderen Seite viele für den Facharzt selbstverständliche Beschreibungen von Behandlungsmethoden und Instrumenten, z. B. Abbildungen wie die eines Röhrchens zum Spülen der Stirnhöhle oder des Schütz-Passow'schen Rachenmandelmessers u. dgl. m. Wenn man von dieser durch die Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit der gestellten Aufgabe veranlassten Zwiespältigkeit in der Behandlung des Stoffes absieht, verdient das Buch uneingeschränktes Lob. Verf. behandelt mit gleicher Gewissenhaftigkeit und, wenn er auch selten ausdrücklich auf eigene Einzelfälle Bezug nimmt, mit auf eigenes Sehen und eigener Erkenntnis gestützter Erfahrung die verschiedenen Schussverletzungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen — sehr interessant sind die Röntgenbilder über die Verletzungen der Nasennebenhöhlen —, die Kriegserkrankungen der Nase; ob es ganz dem Thema entspricht, hier Lues u. dgl. zu behandeln, die ja doch als Kriegserkrankungen kaum Spezifisches bieten, scheint mir zweifelhaft. Dann werden allerdings sehr kurz die Erkrankungen der Nase und auch des Kehlkopfes durch Kampfgas besprochen. Ganz besonders interessant ist die Darstellung der durch Verletzung der Nervenbahnen bedingten, sowie der funktionellen Stimm- und Sprachstörung und ihrer Therapie. Dass die direkten Verletzungen der Halses eingehendste Berücksichtigung finden, bedarf wohl kaum der besonderen Erwähnung. Die namentlich von Killian so ausserordentlich fein ausgearbeiteten plastischen Operationen zur Deckung von Defekten am Kehlkopfe sind eben nur erwähnt, wahrscheinlich ist über dieselben zurzeit der Abfassung des Buches vom Verf. (1917 oder Anfang 1918) noch nichts Ausführliches veröffentlicht gewesen.

Alles in allem muss das Werk als ein ganz besonders beachtungs- und lesenswertes bezeichnet werden; jedenfalls wird der Facharzt sehr vielfache Anregung und Erweiterung seiner Erfahrungen über die auch ihn beschäftigenden Fragen finden. P. Heymann.

---

b) Laryngological Section. Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 4. Mai 1917.

Vorsitzender: T. Mark Hovell.

G. W. Dawson: Adhäsion des weichen Gaumens.

Pat., ein 23jähriger Mann, erkrankte im Alter von 12 Jahren an Halsentzündung, wegen deren er zwei Jahre behandelt wurde; als er 16 Jahre alt war,

trat ein Verschluss des Nasenrachenraums ein. Er wurde deswegen 4mal operiert und trug 4 Wochen lang eine Tube. Als D. ihn im Oktober 1916 sah, war der Nasenrachenraum völlig abgeschlossen und Pat. wurde zusehends taub. Am 1. November machte D. eine Oeffnung und führte eine Gummitube ein, die Pat. jetzt noch trägt. Wassermann stark positiv.

Herbert Tilley: Sobald die Tube fortgelassen wird, wird wieder Verwachsung eintreten. T. empfiehlt folgendes Verfahren: Nach Trennung der Verwachsungen wird ein Silberdrahtfaden, da wo weicher und harter Gaumen zusammenstossen, durchgeführt und über den hinteren freien Rand des weichen Gaumens fortgeleitet; die beiden Enden werden nach vorn gebracht und über einem der Schneidezähne fixiert. Solch ein Faden wird jederseits der Mittellinie eingeführt. Sie bleiben eine Woche liegen.

Mark Hovell hat vor 17 Jahren eine junge Dame von Sir Frederic Eve operieren lassen, der so vorging, dass er ein unmittelbar vorher entferntes Präputium spaltete und an den freien Rand des weichen Gaumens und die Basis der Gaumenbögen annähte. Das Resultat war gut; die Oeffnung ist geblieben.

G. W. Dawson: Nasenrachenfibrom.

14jähriger Knabe; die Geschwulst wurde nach vorhergehender Laryngotomie entfernt.

Pegler hält nach dem histologischen Bild die Geschwulst für kein wahres Nasenrachenfibrom, sondern ein diffuses Angiofibrom.

E. D. D. Davis: Rechtsseitige Neuritis optica verursacht durch Eiterung in den hinteren Siebbeinzellen und Keilbeinhöhle.

Pat., 49 Jahre alt, wurde mit rechtsseitigem Exophthalmus und Bewegungsbeschränkungen des rechten Auges nach allen Richtungen aufgenommen. Neuritis optica. Visus $^{6}/_{36}$. Entfernung beider mittlerer Muscheln; Ausräumung der rechten Siebbeinzellen und der rechten Keilbeinhöhle, Erweiterung des Ductus fronto-nasalis, Vornahme einer intranasalen Antrumoperation. Nur in den rechten hinteren Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle wurde Eiter gefunden. 4 Wochen später: Visus $^{6}/_{12}$, Exophthalmus und Neuritis optica verschwunden.

Mollison hat Fälle von Erblindung gesehen, für die keine Ursache auffindbar war, und die von selbst in einem Monat zurückgingen; man kann also nicht, weil nach Eröffnung der hinteren Siebbeinzellen Heilung eintrat, mit Sicherheit behaupten, dass hier die Ursache der Erblindung war.

Dawson hat in einem ähnlichen Fall Wiederherstellung des Sehvermögens bereits zwei Tage nach beiderseitiger Auskratzung des Siebbeins erfolgen sehen.

P. Watson Williams: Einer der Gründe, weswegen die Nase als Ursache solcher Neuritiden leicht übersehen werden kann, liegt darin, dass keine deutlichen Anzeichen von Eiterung vorhanden zu sein brauchen. Es kann einmal etwas Sekret gesehen werden und ein paar Minuten später kann es verschwunden sein. Es kann sich um eine infektiöse Sinusitis handeln, die Leukozytose kann

aber dabei sehr wenig ausgesprochen sein und die Sekretion ist in der Hauptsache klarer Schleim und nicht sehr reichlich. Wir müssen also sehr sorgfältig untersuchen und dürfen uns nicht lediglich durch Vorhandensein oder Fehlen von Eiter leiten lassen. Besonders müssen wir, wenn es sich um eine Gesichtsfeldeinengung nasalwärts oder ein relatives Skotom handelt, stets an Sinuserkrankung denken. Wenn später Zeichen von Eiterung auftreten, kann es schon zu spät sein, um irgendetwas zu tun.

Clayton Fox: Ein sehr wichtiges Zeichen ist, dass in den Frühstadien der Neuritis die Peripherie der Papilla optica zuerst ergriffen wird.

E. D. D. Davis: Linksseitige Optikusatrophie verursacht durch linksseitige Eiterung in den hinteren Siebbeinzellen, Keilbein- und Kieferhöhle.

Drei Monate nach der Operation hatte sich das Sehvermögen links gebessert, die Pupille reagierte auf Licht, jedoch bestand noch ein zentrales Skotom.

In den letzten 18 Monaten wurden D. von Augenärzten 16 Fälle von Erblindung infolge Neuritis optica oder Neuritis retrobulbaris zugesandt; nur in den beiden hier vorgestellten Fällen wurde eine Nasenerkrankung gefunden. In 11 Fällen von sogenannter Neuritis retrobulbaris liess sich keine Ursache auffinden. Solche Fälle kommen besonders bei jungen Frauen unter 40 Jahren vor; der Grad des Sehverlustes ist verschieden. Gewöhnlich sind die Fälle einseitig; der Beginn ist meist plötzlich. Nach 4—6 Wochen tritt Besserung ein, und obwohl Rezidive nicht ausgeschlossen sind, erfolgt zuletzt Heilung. Die Augenärzte nehmen in diesen Fällen einen intermittierenden Katarrh des Siebbeins oder der Keilbeinhöhle an.

W. M. Mollison: Akute Osteomyelitis des Stirnbeins bei akutem Stirnhöhlenempyem; Operation; Heilung.

15jähriger Knabe, aufgenommen mit Schmerzen und Schwellung an der Stirn, vor 10 Tagen Influenza, starke Stirnkopfschmerzen und Absonderung aus der linken Nase; seit 3 Wochen Schwellung des Auges.

Es bestand starkes Oedem des linken Augenlides, Schwellung über der Stirn, besonders links, die Haut glänzend, doch nicht rot. Eiter im linken mittleren Nasengang. Fieber.

Eröffnung der linken Stirnhöhle, in der Eiter gefunden wurde. Man sah, dass aus den Knochenrändern Eiter hervorkam, auch war der Knochen etwas gefässlos. Es wurde nun die Haut über der ganzen Stirn hochgeklappt und der Knochen in grossem Umfang fortgenommen, bis man auf gesunden Knochen kam. Das Stirnbein wurde von einem Stirnbein zum anderen entfernt. Das linke Siebbein wurde voll Eiter gefunden und ausgeräumt, die Cristae supraorbitales und ein kleiner Teil der Orbitaldächer wurde entfernt. Die Schnittränder des Knochens wurden mit reiner Karbolsäure abgewischt. Es trat Heilung ein; 4 Wochen später wurden die Hautlappen wieder zurückgeklappt und genäht.

Tilley hat in den letzten 6 Monaten zwei Fälle von Osteomyelitis der Schädelknochen gesehen. In einem Fall handelte es sich um eine Komplikation

einer akuten, unerkannt gebliebenen Stirnhöhleneiterung nach Influenza. Die Stirnhöhle wurde eröffnet; es entleerte sich Eiter und Luftblasen. Die ganze Vorderwand wurde entfernt und die erkrankte Schleimhaut beseitigt. In der Diploe der Knochenränder sah man kleine Eitertröpfchen. Während 6 Wochen entleerte sich reichlich Eiter aus der Wunde, die zweimal täglich gespülte wurde. Inzwischen verbreitete sich das nicht entzündliche Oedem über die Haut der ganzen linken Stirnhälfte, bis es den Haarrand erreichte. Es wurde nun die ganze linke Stirnbeinhälfte freigelegt; man fand den Knochen an manchen Stellen nekrotisiert, an anderen Stellen war der Knochen entzündet. Bei Entfernung der nekrotisierten Partien ging die adhärierende Dura mater und Teile von der Kortikalsubstanz des Gehirns mit fort. Trotzdem noch ein metastatischer Abszess in der linken Brust und ein Gesichtserysipel auftraten, trat völlige Heilung ein. Im zweiten Fall bediente sich T. einer Inzision, durch welche die vertikale Narbe in der Mitte der Stirn vermieden wird. Eine transversale Inzision wird hinter der Haarlinie durch den Skalp gemacht, von dem unteren Ende derselben geht eine zweite Inzision nach vorn zu dem Proc. zygomaticus des Stirnbeins, wo sie die ursprüngliche zur Eröffnung der Stirnhöhle in der Augenbraue angelegte Inzision findet. Die kleine Inzision in der Fossa temporalis heilt ohne sichtbare Narbe.

Dan Mc Kenzie warnt davor, zu früh in diesen Fällen eine gute Prognose zu stellen. Erst nach 6 Monaten kann man sicher sein, ob die Krankheit nicht wieder aufflammt. In einer früheren Arbeit (Journ. of Laryngol. usw., Januar-März 1913) hat er nachgewiesen, dass die Fälle, die nach Sinusoperation auftraten, nicht zur Heilung kommen; die einzigen Fälle, bei denen Genesung eintrat, waren einige von denen, die gründlich chirurgisch behandelt worden waren, und bei denen die Entstehung eine spontane war.

P. Watson Williams fragt, welche Mikroorganismen in diesem Fall gefunden wurden.

Irwin Moore zeigt im Auftrag von Norman Patterson Photographien eines von diesem behandelten Falles von Osteomyelitis nach Stirnhöhlenoperation, der zwölfmal operiert wurde und in Heilung ausging.

O'Malley hat einen Fall von Osteomyelitis nach Operation der rechten Stirnhöhle gesehen; die Erkrankung breitete sich aus und es wurde auch die linke Stirnhöhle eröffnet. Es stellte sich heraus, dass auch hier der Knochen zerstört und durch Granulationsgewebe ersetzt war. Wassermann positiv. Besserung erfolgte nach Hg-Jodkur und nach einer Salvarsaninjektion trat eine wunderbare Reinigung ein. Es ist möglich, dass in manchen Fällen ein syphilitischer Faktor mitspielt.

E. D. D. Davis hat einen tödlichen Fall von Osteomyelitis nach Highmorshöhlenoperation und einen nach Kurettage des Siebbeins gesehen; ein Fall von chronischer Osteomyelitis starb nach 18 Monaten.

Mollison: Der Mikroorganismus ist in seinem Fall nicht festgestellt worden. Die einzige Behandlung, die seines Erachtens in Frage kommt, ist, gleich auf einmal möglichst gründlich zu operieren; es hat keinen Nutzen, portionsweise zu

operieren. M. legt Wert darauf, dass die freigelegten Knochenränder mit reiner Karbolsäure abgewischt werden.

W. A. Mollison: Karzinom der Kieferhöhle; $3^1/_2$ Jahre nach der Operation rezidivfrei.

50jährige Frau 1914 in der Gesellschaft demonstriert.

Herbert Tilley: Röntgenaufnahme des Schädels von einem Patienten mit Hypophysentumor, mit kurzen Bemerkungen über Operation und deren Resultate.

Mann mit linksseitigen Kopfschmerzen und bilateraler Hemianopsie. Operation: Linksseitige Rhinotomie nach Moure, submuköse Resektion des hinteren Drittels des Septums, Entfernung der vorderen Wand und des Septums der Keilbeinhöhle, Entfernung der oberen Wand und Abtragung von Teilen des Tumors. Einlegung eines Tampons, Naht der äusseren Wunde. Zunahme des Sehvermögens; der Puls, der vor der Operation 54 war, stieg auf 65—72.

Dan McKenzie hält den von Tilley eingeschlagenen Weg auch für geeignet zur operativen Inangriffnahme von Thrombose des Sinus cavernosus.

Dan McKenzie: Röntgenaufnahme von spastischer Striktur im Brustteil des Oesophagus.

25jährige Frau leidet seit Jahren an unregelmässig auftretenden Anfällen von Unmöglichkeit zu schlucken, während deren sie in der Regel auch nicht einmal feste Speisen herunterbringen konnte. In den Intervallen konnte sie alles schlucken. Sie war sehr abgemagert. Röntgenaufnahme, in aktivem Spasmus aufgenommen, zeigt, dass der Wismutbrei in der Höhe der 9. Rippe aufgehalten wird; der Schatten zeigt, dass oberhalb der Striktur keine Dilatation vorhanden ist. Aufnahme im Intervall ergibt, dass der Brei frei passiert. Behandlung besteht in Brom und sublingualen Injektionen von kleinsten Atropindosen; die Anfälle haben so gut wie aufgehört.

Irwin Moore: Retropharyngealabszess; Verletzung des Halssympathikus, eine ungewöhnliche Komplikation nach Operation von aussen.

Der Abszess wurde durch Inzision längs des hinteren Randes des rechten Kopfnickers entleert, die sehr verdickte Abszesswand kurettiert und ein Drain eingelegt. Im Eiter Tuberkelbazillen. Die Wunde heilte in 6 Wochen. Es hatte eine Verletzung des Halssympathikus stattgefunden, die sich äusserte in Pseudoptosis des Oberlids infolge Lähmung des Müller'schen Muskels, Enophthalmus, Verengerung der Pupille, Parese der oberen Portion des M. trapezius. Die Symptome sind im Rückgang.

H. J. Banks-Davis rät, die Abszesse immer vom Munde aus zu öffnen, obwohl das Verfahren eigentlich chirurgisch nicht zu rechtfertigen sei.

Tilley hält es auch für besser, vom Munde aus zu operieren; man muss den Patienten nur 2—3 Tage lang mit dem Kopf nach unten über ein Kissen

hängend liegen lassen, damit kein Eiter inhaliert wird. Der Weg von ausen sollte nur für die Fälle reserviert bleiben, wo der Retropharyngealabszess auf eine Karies der Halswirbelsäule zurückzuführen ist.

Irwin Moore: Bei Kindern ist es keine Frage, dass vom Mund aus operiert werden soll. Hier handelt es sich aber um eine 25jährige Frau. M. hielt den Abszess für einen tuberkulösen und hielt in diesem Falle eine Drainage nach aussen für besser.

Irwin Moore: Gummi des Kehlkopfes, mit Tracheotomie und Galyl-Injektionen behandelt; Komplikation durch Arsenvergiftung, Heilung.

39jährige Patientin, vorgestellt in der Sitzung vom 3. Dezember 1915 und 7. April 1916. Schwellung der linken aryepiglottischen Falte und des Taschenbandes, Fixation des linken Stimmbandes in Kadaverstellung. Perichondritis des Kehlkopfes. Wegen zunehmenden Stridors Tracheotomie. Wassermann positiv. Nach einer Galylinjektion traten 5 Tage lang anhaltende, sehr starke Arsenvergiftungserscheinungen auf. Der Kehlkopfbefund hat sich sehr gebessert.

Mark Hovell rühmt die Behandlung mit Jodkali und Opium. Der Wert der Opiumbehandlung bei schweren syphilitischen Ulzerationen ist bei der jetzigen Generation fast ganz in Vergessenheit geraten.

Donelan: Allen und Hanbury haben Suppositorienbehandlung mit Salvarsan eingeführt; 6 Suppositorien entsprechen einer Dosis Salvarsan. Die Resultate sind ausgezeichnet gewesen.

L. H. Pegler: Fibrom der rechten Nasenhöhle.

Der Tumor entsprang von der mittleren Muschel. Das mikroskopische Präparat zeigt den fibromatösen Charakter der Geschwulst und den Reichtum an Drüsenelementen.

Sitzung vom 1. Juni 1917.

Vorsitzender: T. Mark Hovell.

Irwin Moore: Behandlung des primären Nasenrachenraumkarzinoms durch Kupferkolloid.

Patientin, eine 70jährige Frau, wurde in der Sitzung vom 3. November 1916 vorgestellt, $3^1/_2$ Monate nach Entfernung der Geschwulst. Es bestand damals die Frage, ob ein Rezidiv in der linken Tonsille vorhanden sei. In der Zwischenzeit bekam Pat. auf Anraten ihres Arztes Injektionen von Kupferkolloid. Jetzt — $6^1/_2$ Monate später — haben nicht nur die Schmerzen aufgehört, sondern die Grösse und Induration der Tonsille sind zurückgegangen.

Irwin Moore: Lupöse Tuberkulose des Pharynx, betreffend den weichen Gaumen und Uvula bei einem an angeborener Syphilis leidenden 8jährigen Knaben.

Der Fall wurde am 2. März 1917 als Lymphadenom vorgestellt; die Diagnose musste jedoch korrigiert werden. Seitdem ist die Infiltration des weichen Gaumens

allmählich fortgeschritten und hat sich nach unten auf die Gaumenbögen und Tonsillen ausgebreitet. Untersuchung in Schwebelaryngoskopie ergab auch Infiltration der Epiglottis und Aryknorpel. Keine Anzeichen von Miliartuberkulose oder Ulzeration im Pharynx und Larynx. Histologische Untersuchung von adenoidem Gewebe aus dem Nasenrachenraum ergab unzweifelhafte tuberkulöse Erkrankung.

Der Fall bietet Interesse, weil Pharynxtuberkulose relativ selten ist, ferner ergeben Statistiken, dass Tuberkulose des adenoiden Gewebes im Nasenrachenraum bei 7,5 pCt. der Individuen ohne Lungentuberkulose, dagegen bei 68 pCt. mit Lungen- und besonders Kehlkopferkrankung gefunden ist, schliesslich lassen der chronische lupöse Charakter der Uvula und des weichen Gaumens zusammen mit der latenten Infektion der Pharynxtonsille und der augenscheinlich frischen Erkrankung der Lungen in diesem Falle an eine primäre Rachenerkrankung denken. Wassermann ist stark positiv.

Irwin Moore: Tertiäre Syphilis des Pharynx, klinisch einer Tuberkulose von lupösem Typus gleichend.

44jährige Frau mit ausgesprochenem Stridor bei geringen Bewegungen. Bei Untersuchungen des Pharynx sieht man ausgedehnte knötchenartige Infiltration des Rachens und der Tonsillen, die sich auf weichen Gaumen, Uvula und Zungengrund ausbreitete. Die hinteren Gaumenbögen sind der hinteren Rachenwand adhärent. Der Oropharynx ist stenosiert, die Epiglottis fehlt und der Larynx kann nicht gesehen werden. Vornahme einer tiefen Tracheotomie.

Irwin Moore: Lupöse Tuberkulose der Nase und des Kehlkopfes.

Lupöse Infiltration des Septums und der rechten unteren Muschel. Beide Nasenlöcher etwas verengt. Glottis eingeengt, das linke Stimmband fixiert, Stridor bei Bewegungen, rechter Aryknorpel, Interarytänoidregion und oberer Rand der Epiglottis infiltriert, linker Aryknorpel an seiner Innenfläche ulzeriert, ebenso die Ränder beider Stimmlippen. Lungen normal.

H. J. Banks-Davis sieht einen Unterschied zwischen Lupus und Tuberkulose des Rachens darin, dass bei ersterem keine Schmerzen, bei letzterem starke Dysphagie vorhanden ist. Nach seinen Erfahrungen werden tuberkulöse Infiltrationen durch Jodmedikation sehr verschlechtert, es tritt danach Zerfall der Gewebe mit Substanzverlust ein.

James Donelan: Präparat von Epitheliom der linken Stimmlippe zwei Jahre nach der Operation.

Es war ein Stück mittels indirekter und später ein Stück mittels direkter Methode zur Untersuchung entfernt worden, es war aber nichts Malignes gefunden worden. Da aber das klinische Bild durchaus für eine maligne Erkrankung sprach, so wurde zur Operation geschritten und das linke Stimmband sowie das verdächtige vordere Drittel des rechten Stimmbandes entfernt. Untersuchung ergab zweifellos

Karzinom. Ein Jahr später ausgesprochene Symptome von tertiärer Syphilis mit zunehmender Larynxstenose. Die Erscheinungen betrafen hauptsächlich die rechte Aryknorpelgegend; Pat. konnte nur durch den infolge der Entfernung des linken Stimmbandes gelassenen Spalt atmen. Es wurde Tracheotomie gemacht und Pat. trägt seitdem die Kanüle. Unter Anwendung von Salvarsan in Suppositorien und energischer Hg-Kur trat erhebliche Besserung ein und es sind bisher keine Anzeichen von einem Rezidiv des Karzinoms vorhanden. Trotzdem die Wassermann-Untersuchung 6mal negativ ausfiel, ist daran festzuhalten, dass die ein Jahr nach der Operation aufgetretene Larynxerkrankung syphilitischer Natur war.

L. H. Pegler: Nasenfibrom nebst Präparat und mikroskopischen Schnitten.

Betrifft den in der vorigen Sitzung vorgestellten Fall. Es wird eine genaue histologische Beschreibung gegeben.

Frank Rose möchte zaudern, in diesem Falle die Bezeichnung „Fibrom" anzuwenden wegen des reichlichen Drüsengewebes. Der Tumor erinnert mehr an einen Polypen, dessen Basis fest und hart ist.

L. H. Pegler: Hyperadduktion des linken Aryknorpels.

30jähriger Mann, war stets heiser; Stimme schwach und leicht ermüdet. Die Stimmlippen nähern sich nur unvollkommen, was dadurch bedingt ist, dass der linke Aryknorpel bei der Stimmbildung den rechten überkreuzt. Der Fall scheint angeboren zu sein.

Jobson Home, H. J. Banks-Davis, Smurthwaite, Hill halten eine Lähmung des rechten Stimmbandes für vorliegend.

Sir St. Clair Thomson: Epitheliom des Larynx, zehn Monate nach Laryngofissur.

46jährige Frau. Epitheliom der rechten Stimmlippe. Bei der Operation zeigte sich, dass die Geschwulst sich bis nach hinten zum Aryknorpel erstreckte. T. hat unter 32 Pat. mit Larynxepitheliom nur zwei weibliche operiert. Die Erkrankung des Aryknorpels bedingte gründliche Entfernung desselben; die Folge war etwas Narbenkontraktion und leichte Glottisstenose. Trotzdem ist die Stimme so gut wie vor der Operation; es besteht nur etwas Dyspnoe bei Bewegungen.

Unter den 32 Patienten, die er operiert hat, war bei einigen das Wachstum der Geschwulst so langsam, dass die Heiserkeit bis auf 7 Jahre zurückdatierte.

Sir St. Clair Thomson: Tuberkulose des Kehlkopfes unter Behandlung mit Galvanokaustik.

Es bestand tiefe Ulzeration an beiden Processus vocales, besonders dem linken. Nach zweimonatiger Sanatoriumbehandlung Galvanokaustik im November, die im Januar, März und April wiederholt wurde. Die rechte Seite ist völlig geheilt; über dem linken Processus vocalis noch leichter Katarrh. Pat. hat Bazillen im Sputum und Affektion beider Lungenspitzen.

Sir St. Clair Thomson: Ausgedehnte Tuberkulose des Kehlkopfes, völlig unter Schweigekur im Sanatorium und Galvanokaustik geheilt.

29jähriger Mann kam April 1915 ins Sanatorium mit Temperatursteigerung, Tuberkelbazillen im Sputum und Affektion zweier Lappen auf jeder Seite. Tuberkulöse Infiltration der Epiglottis, beider Aryknorpel und Taschenlippen mit ulzerierender Infiltration am Rande und Innenfläche beider Stimmlippen. Das linke Stimmband war fast fixiert. Juli, August und September 1916 Galvanokaustik. Pat. war von Anfang an auf striktes Schweigegebot gesetzt. Der Kehlkopf ist jetzt vollkommen geheilt.

Brown Kelly erinnert an den ursprünglichen Enthusiasmus, mit dem die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberkulose nach Heryng aufgenommen wurde und fragt, ob das Schicksal der Galvanokaustik ein anderes sein dürfte. Er sieht in Schottland viele Fälle von Nasentuberkulose und obwohl die Krankheit hier doch leichter zugänglich ist als im Larynx, ist es doch sehr schwer, mit Galvanokaustik und anderen Mitteln etwas dabei zu erreichen.

Bardswell hat im König Edward VII-Sanatorium Sir St. Clair Thomson's Behandlung der Kehlkopfkranken beobachtet und schätzt die Galvanokaustik in den meisten Fällen als ein Mittel zur Vervollständigung der Sanatoriumbehandlung. Thomson entschliesst sich erst dann zu einer operativen Behandlung, wenn keine Anzeichen einer aktiven Erkrankung mehr vorhanden sind. Er hat Fälle von aktiver Phthise gesehen, bei denen die Anwendung des Galvanokauters deplorable Resultate gehabt hatte. Seiner Ansicht nach ist die Anwendung der Galvanokaustik nur dann von Erfolg, wenn sie unter guten hygienischen Bedingungen angewandt wird und wenn der natürliche Heilungsprozess in Lunge und Larynx bereits in die Wege geleitet ist.

Jobson Horne meint, wenn ein Patient geeignete Sanatoriumbehandlung hat, so ist Anwendung des Galvanokauters überhaupt nicht nötig. Die Erkrankung des Kehlkopfes hält gleichen Schritt mit der der Lungen. Ist eine Ulzeration im Larynx, so kann man sicher sein, dass der Mann mindestens eine Kaverne in den Lungen hat, und wenn man diese heilen kann, so wird der Kehlkopf auch heilen. Es ist am besten, den Larynx sich selbst zu überlassen, wenn die Heilung einmal angefangen hat.

Kelson hat Fälle durch Galvanokaustik geheilt gesehen, bei denen auf andere Weise keine Heilung herbeigeführt werden konnte.

Clayton Fox hat ebenfalls sehr gute Resultate von der Galvanokaustik gesehen. In einem Falle von Dysphagie infolge Infiltration des einen Aryknorpels und Taschenbandes bekam innerhalb kurzer Zeit der Aryknorpel sein normales Aussehen wieder.

Sir St. Clair Thomson: Die Galvanokaustik soll nur angewandt werden, wenn der Fall zum mindesten verspricht, zum Stillstand zu kommen; es hat keinen Zweck, Patienten der Unbequemlichkeit dieser Behandlung auszusetzen, wenn es

wahrscheinlich ist, dass sie ihrer Tuberkulose in 2—3 Jahren erliegen werden, denn der Tod erfolgt in diesen Fällen von der Lungenerkrankung. Bei den beiden vorgestellten Fällen, die beide noch Bazillen im Auswurf haben, ist es wesentlich, dass sie noch von ihrer Stimme Gebrauch machen können, da der eine Schullehrer, der andere Erzieher ist. Mit Jobson Horne kann er nicht übereinstimmen, dass die Erkrankung des Larynx pari passu mit der der Lungen geht, ebensowenig dass die Fälle auch ohne Anwendung des Galvanokauters heilen.

Th. glaubt nicht, dass er in seiner Privatpraxis 30 Fälle von anhaltender Heilung von Larynxtuberkulose hat, wogegen er über 30 Fälle von Heilung maligner Erkrankung verfügt, und er würde lieber eine maligne Geschwulst am Stimmband als Tuberkulose im Kehlkopf haben, denn die Fälle von letzterer, die sich für die Galvanokaustik eignen und heilen, sind nur wenige.

Sir St. Clair Thomson: Sattelnase nach Septumresektion.

Der Pat. war in einem Hospital operiert und während 48 Stunden tamponiert werden. Th. meint, es habe sich um einen Septumabszess gehandelt, der nicht zur Zeit entleert wurde. Er hat die Absicht, eine subkutane Paraffininjektion zu machen.

Harmer hat schlechte Resultate nach Paraffininjektionen gesehen. In einem Falle trat eine so starke Fibrose auf, dass die Nase auf das Doppelte ihres ursprünglichen Umfangs vergrössert wurde. Er hat jetzt die Paraffinprothesen zugunsten der Transplantation von Rippenknorpel aufgegeben.

H. J. Banks-Davis operiert niemals eine Dame, ohne sie vorher auf die Möglichkeit aufmerksam zu machen, dass das Aussehen der Nase sich verändert. Im vorgestellten Falle, meint er, sei das Septum zu weit hinauf fortgenommen worden. Durch Paraffin würde keine Besserung zu erzielen sein.

Dawson hält das Einsinken der Nase nicht für sehr selten. Er hat in den letzten 5—6 Jahren 5 solche Fälle nach Killian'scher Operation gesehen, die von berufenen Seiten operiert waren.

Donelan schreibt der 48stündigen Tamponade in diesem Falle das ungünstige Resultat zu. In über 5000 Fällen, die er seit 1889 operiert hat, hat er niemals einen Septumabszess oder eine Deformität gesehen. Operation am Knorpel allein beseitigt nicht die Nasenverstopfung; die wichtigste Stelle ist die Chondro-Vomeralnaht. In diesem Falle ist die Entfernung zu weit nach oben und nicht weit genug nach hinten gemacht worden. D. hat Paraffininjektionen mit gutem Resultat gemacht.

Norman Patterson: Resultate der Diathermiebehandlung bei einem ausgedehnten Epitheliom des weichen und harten Gaumens, der Tonsillen und Gaumenbögen.

Der Fall war inoperabel. Der Tumor wurde durch Diathermie ganz entfernt. Ein Teil des harten Gaumens ist augenscheinlich nekrotisiert.

(Nach dem offiziellen Sitzungsbericht.)

III. Briefkasten.

Rudolf Hoffmann †.

Den anarchischen Zuständen, durch die eine Zeitlang die Hauptstadt Bayerns in Schrecken gehalten wurde, ist leider unser Fachkollege, der Privatdozent an der Universität München, Dr. Rudolf Hoffmann, zum Opfer gefallen. Ueber die näheren Umstände seines beklagenswerten Todes wird uns mitgeteilt: „Er wurde am 1. Mai, als er anlässlich eines Zusammenstosses auf der Strasse wegen Herunterreissens einer weiss-blauen Fahne mit einigen Herren einschritt und einen der verwundeten Attentäter verbinden wollte, zuerst durch einen Armschuss verletzt und dann von der ihm nachrückenden Bande durch Revolverschüsse ermordet.“ Auch er starb also auf dem Felde der Ehre, als er für die Flagge seines Landes eintrat und in Ausübung seiner ärztlichen Pflicht.

Mit Rudolf Hoffmann ist uns ein ideenreicher und höchst begabter Kollege entrissen worden. Von seinen wissenschaftlichen Publikationen bezieht sich ein Teil auf Fragen der Anaphylaxie und inneren Sekretion, denen er von jeher ein grosses Interesse zuwandte. In Zusammenhang damit stehen Arbeiten über „Serumuntersuchungen bei Thyreoidosen“, „Beeinflussung des Basedow-Exophthalmus und der Struma durch Galvanokaustik der Nasenschleimhaut“, „Zusammenhang des Heufiebers mit Hyperthyreoidismus“, „Heufiebertherapie“ usw. Ferner arbeitete er über Aktinomykose des Kehlkopfes, über Anwendung der Anästhesie in der Rhino-Laryngologie. Sein Hauptverdienst um die praktische Laryngologie besteht in der von ihm angegebenen Methode der Daueranalgesierung des Kehlkopfes durch Alkoholinjektionen in den N. laryngeus superior. Er hat uns mit dieser Methode ein Mittel in die Hand gegeben, um die furchtbarste Begleiterscheinung der Larynyphthise, die Dysphagie, wirksam zu bekämpfen und hat sich so den Dank unzähliger unglücklicher Kranken verdient. Sein vorzeitiges tragisches Ende wird überall aufrichtigstes Bedauern erwecken. Sein Andenken bleibe in Ehren! F.

Personalnachrichten.

Dr. Noltenius (Bremen) hat den Professortitel erhalten.

Druckfehlerberichtigung.

Seite 70, Referat 21 dieses Jahrgangs muss es heissen: anstatt „Ontstehing“ „Outsteking“.

Seite 82, Zeile 19 von unten muss es heissen: anstatt „heel en slohdaun“ „keel en slokdarm“.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXV. Berlin, Juni. 1919. No. 6.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **L. Réthi. Trennung oder Vereinigung des laryngo-rhinologischen und des otologischen Unterrichts.** *Wiener med. Wochenschr. No. 18. 1919.*

Verf. nimmt zu dieser für Oesterreich infolge der durch den Tod Chiari's in Wien eingetretenen Verhältnisse besonders bremend gewordenen Frage in dem Sinne Stellung, dass er vor einer Verschmelzung der Laryngologie mit der Otologie auf das eindringlichste warnt. Seine Ausführungen decken sich vollkommen mit den Anschauungen, die von Chiari, B. Fränkel, Semon, dem Referenten u. a. zu wiederholten Malen vertreten wurden und in diesem Zentralblatt stets zum Ausdruck gelangten. Sie sind nicht nur für die Wiener Verhältnisse zutreffend, sondern haben darüber hinaus eine allgemeine Geltung. FINDER.

2) **Herzog** (Innsbruck). **Ohr-, Nasen- und Halserkrankungen bei Grippe.** *Münchener med. Wochenschr. No. 21. S. 552. 1919.*

Verf. beobachtete während der Grippe-Epidemie nur wenig Erkrankungen des Ohres und der Nase sowie der Nebenhöhlen. Die früher als typisch geltende hämorrhagische Influenza-Otitis hat er so gut wie nie gesehen. Oefter traten Blutungen des knorpeligen Septums auf. Kehlkopf und Luftröhre waren sehr häufig befallen. Hier boten die akuten katarrhalischen Erscheinungen vielfach nichts Charakteristisches. Manchmal zeigten sich plaqueartige Auflagerungen auf den Stimmbändern. In einem Falle (4jähriges Kind) wurde das Vorhandensein eines Fremdkörpers im Kehlkopf oder der Luftröhre vorgetäuscht. Ausser diesen katarrhalischen Erkrankungen kamen phlegmonöse Entzündungen des Kehlkopfes zur Beobachtung und zwar sowohl leichte zirkumskripte Formen, als auch schwere lebenbedrohende diffuse. Erstere können nach Ansicht des Verf. als reine Larynx-Grippe ohne irgend welche andere Allgemeinerscheinungen auftreten. Mehrere angeführte Krankengeschichten erläutern den Typus der schweren diffusen Phlegmonen und zeigen, wie sich des öfteren die Tracheotomie als nötig erwies, während in einem Fall energische endolaryngeale Eingriffe genügten. KOTZ.

3) **Abrand. Oto-rhinologische Erscheinungen im Verlauf der Grippeepidemie 1918/1919. (Manifestations oto-rhinologiques au cours de l'épidémie de grippe 1918/1919.)** *La Presse méd. 28. April 1919.*

Im Beginn der Krankheit zeigt der Rachen ein ödematöses Aussehen. Epistaxis weist in der Regel auf schwere Fälle hin.

Im Verlauf der Grippe kann man eine rhino-pharyngeale Infektion beobachten, die zu Reinfektionen und langdauerndem subakutem Catarrhus tubo-tympanicus führen kann. Verf. hat sehr häufig Ethmoiditiden im Kindesalter beobachtet.

FINDER.

4) **Lannois, Saignon** und **Mad. Moutet. Radiumtherapie der Tumoren in der Oto-Rhino-Laryngologie. (Radiumthérapie des tumeurs en oto-rhino-laryngologie.)** *Académie de médecine, Sitzung vom 19. Mai 1919.*

Die Erfahrungen erstrecken sich auf 43 Fälle. Davon sind 16 Tonsillartumoren; von diesen kamen 6, bei denen es sich um Sarkome handelte, zu völliger Heilung, die übrigen waren Epitheliome und von diesen trat bei einigen erhebliche Besserung ein infolge mehr oder minder vollständigen und andauernden Verschwindens des Tumors, Aufhören der Schmerzen, der Dysphagie usw. In 6 Fällen handelte es sich um Tumoren der Nase und der Nebenhöhlen, die gleichfalls günstig beeinflusst wurden, einige in auffallender Weise. Es folgen 5 Tumoren des Nasenrachenraums von sarkomatöser Natur; es wurden bei ihnen gleichfalls günstige Resultate erzielt. Bei den 14 Kehlkopftumoren wurde erhebliche Besserung nur bei 3 Fällen erzielt; es handelte sich stets um Epitheliome. Nur in einem Fall trat eine Komplikation auf: Zwei Monate nach Abschluss der Behandlung und Verschwinden eines Nasenrachentumors erfolgte eine Perforation des harten Gaumens.

Verff. kommen zu dem Schluss, dass die Sarkome oft völlig geheilt werden, während die Epitheliome weniger günstig beeinflusst werden. Aber selbst in diesen Fällen ist die Radiumtherapie ein wertvolles Palliativmittel.

FINDER.

5) **Heinrich Nocke. Ueber Fremdkörper in den Luftwegen.** *Diss. Breslau 1918.*

Granatsplitter, der durch den rechten Unterkieferast in die Halswirbelsäule eingedrungen war, lockerte sich und wurde unbemerkt im Schlafe aspiriert. Er führte zu einem rechtsseitigen Lungenabszess und Exitus.

Erst die Autopsie klärte den Vorgang auf, vorher hatte man auf Grund mehrmaliger Röntgenaufnahmen an eine Wanderung des Fremdkörpers längs der Wirbelsäule und Bildung eines Senkungsabszesses mit Perforation des letzteren in die Lunge geglaubt.

DREYFUSS.

b) Nase und Nasenrachenraum.

6) **S. E. Henschen** (Stockholm). **Ueber die Geruchs- und Geschmackszentren.** *Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. H. 3. März 1919.*

Verf. geht aus von einem sehr instruktiven lange zurückliegenden Fall von linksseitigem otitischen Temporalabszess ohne Aphasie mit Geruchs- und Ge-

schmacksagnosie; der Fall wird vom Verf. gedeutet als Defekt der Geruchs- und Geschmacksvorstellungen nebst Geschmackshalluzinationen, die nach der rechten Seite der Zungenschleimhaut projiziert sind. Verf. gibt dann die Krankengeschichten von 18 Fällen, die bereits in seinem Werk „Pathologie des Gehirns“ mitgeteilt sind, erörtert in einer epikritischen Betrachtung die Beziehungen von „Geruch und Unkus“, „Geruch und Gyrus hippocampi“, „Geruch und Ammonshorn“ sowie die Frage, ob im Geruchsvorstellungsfeld eine Geruchserinnerungsfläche neben dem Geruchsinn besteht. Die Details sind im Original einzusehen.

FINDER.

7) **F. Bähr** (Hannover). **Ein weiterer Beitrag zur Störung der Geruchsempfindung, verbunden mit Störung des Geschmacks.** *Monatsschr. f. Unfallheilkde. und Invalidenwesen. No. 1. 1919.*

Verf. hat in der Monatsschr. f. Unfallheilk., 1913, bereits einen Fall von traumatisch entstandener Anosmie mitgeteilt. Bericht über einen weiteren Fall von völligem Verlust des Riechvermögens nach Unfall; Pat. war von einer Transmission erfasst und herumgeschleudert worden. Nase frei, keine Nebenhöhlenerkrankung. Obwohl sonstige Anzeichen einer Basisfraktur nicht vorhanden waren, möchte Verf. eine solche annehmen oder Verletzung im Bereich der Lamina cribrosa oder ohne eine solche des Tractus bzw. Bulbus olfactorius. Verf. hat in diesem Fall — es handelt sich um einen Braumeister — die Erwerbseinbusse auf 25 pCt. veranschlagt.

FINDER.

8) **Leopold Stein.** **Die Typen des nasalen Kopfschmerzes.** *Wiener med. Wochenschr. No. 16. 1919.*

Verf. unterscheidet: 1. Den durch Nebenhöhlen bzw. Sekretstauung bedingten Schmerz. 2. Den durch Verlegung des Nebenhöhlenostiums lediglich durch Resorption der Luft, also negativen Luftdruck, bedingten Schmerz. 3. Den durch Druck auf das Septum ausgelösten. 4. Den durch Dehnung der Muschelschleimhaut und Zerrung der Nerven bedingten. 5. Den durch Behinderung des Abflusses des Lymphstromes aus dem Schädel hervorgerufenen und 6. den reflexneurotischen Kopfschmerz. Er bespricht die Diagnose der verschiedenen Formen und das bei ihnen angezeigte therapeutische Vorgehen.

HANSZEL.

9) **L. Réthi.** **Zur Ozaenafrage.** *Wiener med. Wochenschr. No. 10. 1919.*

Verf. bekennt sich zur Ansicht von der Spezifizität des Perez'schen Kokkobazillus. Von einer Beziehung zwischen Ozaena und Nebenhöhlenerkrankung könne man nur dann sprechen, wenn sich in der Nebenhöhle derselbe Prozess abspielt, wie in der Nasenhöhle, d. h. wenn es sich um eine Ozaena der Nebenhöhlen handelt. Der Geruch bei Ozaena sei ganz spezifisch und unterscheide sich von dem stagnierenden Eiter bei Nebenhöhlenerkrankungen; diesen spezifischen Geruch habe bereits das frisch abgesonderte Ozaenasekret. Nur wenn dieser charakteristische Fötor vorhanden ist, dürfe man von Ozaena sprechen; Atrophie, Weite der Nasenhöhlen und Borkenbildung seien keine Ozaena, sondern Rhinitis atrophicans simplex. Verf. wendet sich daher auch gegen die von Perez gegebene Bezeichnung „Parozaena“ für die Fälle ohne Fötor und Borkenbildung, bei

denen sich nicht der Bacillus foetidus, sondern der Loewenberg'sche Kokkobazillus findet.

Zum Schluss rühmt Verf. die Resultate, die er seit Jahren mittels Anwendung der Elektrolyse bei Ozaena erzielt hat. HANSZEL.

10) Aloys Meesmann. **Ueber Erkrankungen des papillomakulären Bündels im Sehnerven und ihre Beziehungen zu den Nebenhöhlen der Nase.** *Diss. Berlin 1918.*

Fall von beiderseitiger retrobulbärer Neuritis bei 30 Jahre alter Frau. In wenigen Tagen völlige Erblindung. Beiderseits Eröffnung der Sieb- und Keilbeinhöhle, die bis auf eine rechtsseitige Hyperämie völlig gesund waren. Schon am gleichen Abend Besserung des Sehvermögens links. Das linke Auge wurde wieder gesund, am rechten entwickelte sich das Bild der einfachen Atrophie mit scharfen Grenzen und blieb dauernd bestehen. DREYFUSS.

11) W. M. Mollison. **Drei Fälle von Nebenhöhleneiterung. (Three cases of accessory nasal sinus suppuration.** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. März 1919.*

Fall I. Während mehrerer Tage vollkommener Verlust des Gedächtnisses, in Intervallen von einigen Stunden auftretend; Entfernung eines grossen Nasenrachenpolypen, danach noch vier Stunden anhaltender völliger Verlust des Gedächtnisses, dann Heilung.

Fall II. 25jährige Frau. Im Anschluss an Rhinitis Fieber, in der darauf folgenden Woche geringe Otorrhoe, Abfall der Temperatur, Epistaxis, leichte Empfindlichkeit über dem rechten Warzenfortsatz und etwas Schmerzen im linken Ohr. Gegen Ende der zweiten Krankenwoche litt Pat. täglich einige Stunden lang an Verlust des Gedächtnisses. Die Empfindlichkeit über dem Warzenfortsatz und die Otorrhoe liessen an Infektion des Sinus lateralis denken, der muko-purulente Ausfluss aus der Nase an eine Nebenhöhlenaffektion. Es stellte sich heraus, dass eine Eiterung der rechten Keilbeinhöhle bestand. Nach breiter Eröffnung der Höhle und täglichen Ausspülungen derselben erfolgte Heilung. Die Ohreiterung hörte auf.

Fall III. Schwere Supraorbitalneuralgie abhängig von latenter Stirnhöhleneiterung. Seit mehreren Jahren schwerste Supraorbitalneuralgie; es wurden zweimal Stücke der Nerven reseziert, was jedoch nur vorübergehend Erleichterung brachte. Untersuchung der Nase ergab keine Anzeichen von Nebenhöhlenerkrankung. Röntgenaufnahme zeigte leichten Schatten über der linken Stirnhöhle. Intranasale Eröffnung der Stirnhöhle gelang nicht. Alkoholinjektionen in das Ganglion Gasseri ohne Erfolg. Eröffnung der Stirnhöhle von aussen ergab Eiter. Heilung. FINDER.

12) L. Polyák. **Die Heilung der Tuberkulose des Tränensackes auf intranasalem Wege.** *Zeitschr. f. Augenheilkde. Bd. 40. H. 4/5. 1918.*

Unter 400 intranasalen Dakryozystotomien befanden sich 64 Fälle von Tuberkulose des Sackes oder der Nase; darunter waren bloss 6 Fälle, wo sich eine ein-

fache einseitige Eiterung des Sackes kompliziert mit Tuberkulose der Nase vorfand, von den übrigen 58 Fällen handelte es sich in 53 Fällen wenigstens auf einer Seite um Tuberkulose des Sackes und darunter gab es nur 19 Fälle von interner Sacktuberkulose mit intakter bedeckender Haut, in 34 Fällen griff die Tuberkulose schon die äussere Umgebung und die Haut an. Verf. setzt die Vorzüge auseinander, die eine intranasale Operation der Tränensacktuberkulose vor der Toti'schen Operation hat. Was die Ausführung der Operation betrifft, so ist bei Tuberkulose der Nasenschleimhaut gründliche Auskratzung mit dem scharfen Löffel unbedingt erforderlich. Ist die Nasenschleimhaut gesund, dann bildet Verf. einen grossen Schleimhautperiostlappen nach Halle und reponiert denselben nach der Operation. Das Wesentliche bei der Operation ist die Anlegung eines grossen Knochenfensters; zu diesem Zweck wird ein grosser Teil des Stirnfortsatzes des Oberkiefers und des Tränenbeins, mit einem Worte die ganze Fossa lacrymalis, reseziert mit dem inneren Orbitalrande, dabei öfter auch die Ansatzstellen des vorderen Endes der mittleren Muschel und eventuell hier liegende den Sack berührende vordere Siebbeinzellen. Die Resultate, die übrigens nicht immer mit einem Eingriff zu erzielen waren, sondern zu deren Erlangung in einigen Fällen Korrekturen nötig waren, bestanden bei den 23 kontrollierten Fällen von Sacktuberkulose (26 Augen) in 23 Heilungen, die zum Teil bereits über 2—4 Jahre andauern. Von 13 Fällen von Nasentuberkulose wurden 11 geheilt.

Die Indikationen sind sehr weitgehend. Ausser bei vorgeschrittener Tuberkulose der Lungen und des Kehlkopfs ist die intranasale Operation überall angezeigt. Verf. hat auch ein $5^1/_2$jähriges Kind so operiert.

FINDER.

13) **James Harper. Tuberkulome der Nase; Bericht über zwei Fälle. (Tuberculomata of the nose; report of two cases.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. März 1919.*

Beide Fälle betrafen Männer in den Vierzigern. In beiden entsprang eine gestielte grau-rötliche höckerige Geschwulst beiderseits an der Grenze des knorpeligen und knöchernen Septum, die sich nach der Entfernung als typische Tuberkulome erwiesen. Im ersten Fall ist es $5^1/_2$ Jahre seit Entfernung der Geschwulst her, im zweiten 4 Jahre. In beiden sind keine Erscheinungen seitens der Nase mehr aufgetreten; jedoch befindet sich der zweite wegen einer leichten Lungenaffektion im Sanatorium.

FINDER.

14) **Thomas Ewing** (Edinburgh). **Antro-nasal- oder Choanalpolyp; ein klinischer und pathologischer Bericht über 35 Fälle. (Antro-nasal or choanal polypus; a clinical and pathological report of thirty-five cases.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. August 1918.*

Von den 35 Fällen waren 20 im Alter von 11—20 Jahren. In fast allen Fällen konnte man rhinoskopisch eventuell unter Zuhilfenahme der Sonde den zum Ostium accessorium der Kieferhöhle ziehenden Stiel verfolgen. In 5 Fällen war eine Fortsetzung des Polypen nach vorn vorhanden, die gelegentlich bis zum Nasenloch sich erstreckte. Nur in einem Drittel der Fälle war übermässige Sekretion vorhanden und nur in 3 Fällen war diese eitrig. In 4 Fällen waren ausser

dem Choanalpolypen noch Ethmoidalpolypen vorhanden. 32 Fälle wurden durchleuchtet; in 11 war das Antrum der affizierten Seite das hellere, in 12 Fällen das dunklere, in 7 Fällen waren beide Seiten gleich durchleuchtet, in 2 Fällen waren beide Seiten dunkel. In 9 der Fälle ist über die Beschaffenheit der Höhle nichts ausgesagt; in 8 Fällen, in welchen die erkrankte Seite die hellere gewesen war, stellte sich heraus, dass die Höhle einen grossen, hellen oder zystischen Polypen enthielt, die Schleimhaut der Höhle aber gesund war; in 8 Fällen, in denen die erkrankte Seite die dunklere gewesen war, zeigte sich die Schleimhaut deutlich polypoid entartet, während in 3 Fällen auch Eiter vorhanden war. In einem Fall war die Schleimhaut gesund mit einem in das Antrum hineinwachsenden Polypen. Es ergibt sich, dass die Durchleuchtung hier nicht von grossem Wert ist. Nur in 7 Fällen wurde eine Röntgenaufnahme gemacht; in allen 7 Fällen war das Antrum der affizierten Seite getrübt.

Nachdem Verf. die Histologie der Choanalpolypen abgehandelt hat, bespricht er die Ursprungsstelle, über die bei 15 Fällen ein Bericht vorliegt: In 5 Fällen war dieser am Boden des Antrums nach hinten und dicht an der nasalen Wand; in 2 Fällen nahe am Ostium accessorium, in 2 Fällen an der nasalen Wand dicht am Dach des Antrums, in 1 Fall an der äusseren Wand, wobei der Stiel durch die Höhle hindurch zum Ostium zog, in 1 Fall wahrscheinlich im Siebbein, in 1 Fall wahrscheinlich im Siebbein oder Keilbein.

Als die Operation der Wahl betrachtet Verf. die Radikaloperation von der Fossa canina aus. Nur in einem Falle erfolgte ein Rezidiv, was wahrscheinlich darauf zurückzuführen war, dass die erkrankte Mukosa nicht genügend entfernt worden war.

FINDER.

15) **Karl Kochs. Die Operation der harten Nasenrachenfibrome nach C. M. Hopmann.** *Inaug.-Diss. Bonn 1918.*

Nachdem Verf. die gebräuchlichsten Methoden zur Operation der harten Nasenrachenfibrome hat Revue passieren lassen, schildert er eingehend das von C. M. Hopmann geübte Verfahren. Dieses Verfahren hat von Eugen Hopmann eine Verbesserung erfahren durch Anwendung der peroralen Tubage, und zwar hat er an dem ursprünglichen Kuhn'schen Instrumentarium eine Reihe von zweckmässig erscheinenden Modifikationen angebracht. Diese bestehen in 1. schwacher Biegung des Mandrins; die starke, direkt hakenförmige Biegung in dem Kuhn'schen Instrumentarium erschwert das Herausziehen des Mandrins; 3. Mandrin hohl anstatt massiv, so dass während der Einführung die Atmungsmöglichkeit nicht unterbrochen wird; 3. unteres Ende des Tubus offen, da sich im Originaltubus unten oft grössere, schlecht zu entfernende Schleimmassen ansammeln; 4. Aenderung des Mundteiles des Tubus; 5. beträchtliche Verlängerung des an den Tubus anzusetzenden biegsamen Rohres.

An der Hand von 4 Krankengeschichten von Fällen, die Eugen Hopmann in den letzten 2 Jahren operiert hat, wird das Verfahren geschildert, wie es C. M. Hopmann (Münchener med. Wochenschr. 1898 u. 1899) angegeben hat.

FINDER.

16) **G. Wilkinson. Notiz über die Nachbehandlung von Ohr- und Nasenoperationen. (A note on the after-treatment of aural and nasal operations.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Januar 1919.*

W. lässt die Patienten nach Nasenoperationen eine Blechkappe über der Nase tragen, um die Möglichkeit einer Infektion durch die Finger des Patienten auszuschalten. Als zweite hauptsächlich in Betracht kommende Infektionsquelle nach Nasenoperationen betrachtet W. den Eintritt erbrochener Massen in die Nase während der Narkose während oder unmittelbar nach dem Eingriff. Um dies zu verhüten, wendet Verf. — er macht alle Operationen, z. B. auch submuköse Septumresektionen, in Allgemeinnarkose — die perorale Tubage an.

Verf. benutzt die Gelegenheit, um über günstige Resultate zu berichten, die er in 6 Fällen von Antrumempyem mit Anwendung von Acriflavin erzielt hat. Nach Ausspülung der Höhle mit Borsäurelösung und Austrocknung durch Luftdurchblasen lässt man einige Tropfen einer Lösung von 1:1000 durch die Kanüle einlaufen und nachdem man sie 5 Minuten darin gelassen, durch Nachvornebeugen des Kopfes wieder herauslaufen.

FINDER.

c) Mundrachenhöhle.

17) **Hermann Kühns. Ueber Gefässverletzungen bei Lokalanästhesie im Gebiet der Mundhöhle.** *Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilk. Bd. 36. 1918 und Diss. Rostock 1918.*

Die Arbeit ist auch für den Laryngologen nicht ohne Interesse, da derselbe ja ebenfalls in einzelnen Fällen (speziell Trigeminusneuralgien und Neubildungen) in diesem Gebiete von der Lokal- d. h. Leitungsanästhesie Gebrauch zu machen hat. Im übrigen verweise ich auf das Original.

DREYFUSS.

18) **Greve** (München). **Die chronische superfizielle Glossitis (Moelleri) — eine Reflexneurose.** *Münchener med. Wochenschr. No. 17. S. 469. 1919.*

Verf. wurde zu dieser Studie angeregt durch einen Fall, der eine 52jährige darmleidende Patientin betraf und insofern kompliziert lag, als ausser der Moellerschen Glossitis auch noch eine Lingua nigra (sogen. Haarzunge) vorhanden war. Er kommt zu dem Schluss, dass die Glossitis chronica superficialis eine reine Reflexneurose ist, ausgehend vom Splanchnikus, dessen Reizung durch Störungen des Blutlaufes und der Ernährung bewirkt wird. Der anatomische Weg für die nervösen Erscheinungen ist in den Verbindungssträngen des Ganglion cervicale supremum des Sympathikus mit dem Ganglion Gasseri zu suchen. Die Exkoriationen wären als Störungen des trophischen Einflusses des Trigeminus anzusehen.

KOTZ.

19) **Dan McKenzie. Spastische Striktur im Hypopharynx. (Post-cricoid spastic stricture.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. September 1918.*

Bericht über zwei Fälle. Direkte Untersuchung mit einem dünnen Oesophagoskop zeigte in beiden eine spastische Striktur im unteren Teil des Hypo-

pharynx hinter dem Ringknorpel, durch welche das Lumen zu einer kleinen Oeffnung von 3—5 mm Durchmesser eingeengt wurde. In beiden Fällen trat unter Bougiebehandlung Heilung ein.

FINDER.

20) **Hans Flecken. Ueber die gestielten Tumoren des Rachens, insbesondere zwei Fälle von gestieltem Karzinom.** *Inaug.-Diss. Bonn 1919.*

Bastgen (Inaug.-Diss. Giessen 1908) hatte 27 Fälle von behaarten Rachenpolypen aus der Literatur zusammengestellt, denen er einen eigenen hinzufügte; Oppikofer (Zeitschr. f. Laryngol. 1912) vermehrte diese um 11 Fälle aus der Literatur und eine eigene Beobachtung. Verf. fügte weitere 5 Fälle aus der Literatur hinzu. Die zweite Gruppe umfasst die partiellen Lipome des Pharynx, von denen Verf. 19 Fälle zusammenstellt. Es folgen 13 Fälle von gestieltem Fibrom, denen Verf. noch einige aus der älteren Literatur hinzufügt, bei denen Sitz oder Diagnose nicht sicher feststehen. Auch eine geringe Anzahl von gestielten Sarkomen wird berichtet. Am seltensten sind gestielte Karzinome, und zwar sind merkwürdigerweise die beiden einzigen überhaupt beschriebenen Fälle von Eugen Hopmann beobachtet, aus dessen Klinik die vorliegende Arbeit hervorgegangen ist. Beide Fälle werden hier ausführlich beschrieben. Der erste ist von Hopmann bereits bei der 26. Vereinigung der Westdeutschen Hals- und Ohrenärzte 1910 demonstriert, der zweite wurde im Jahre 1912 bei einem 50jährigen Manne beobachtet, und zwar handelte es sich um eine von der rechten Seitenwand des Hypopharynx mit einem dicken Stiele ausgehende und auf der Oberfläche ulzerierte Geschwulst, die den Hypopharynx zum grössten Teil ausfüllte. Die Geschwulst wurde mittels rechtsseitiger Pharyngotomie entfernt, die Ansatzstelle, soweit erkennbar, im Gesunden umschnitten und über einem durch die Nase eingelegten Schlauch zusammengenäht. Eine geschwollene Lymphdrüse, die vor den grossen Gefässen lag, war schon vorher entfernt worden. Die histologische Untersuchung ergab Plattenepithelkarzinom; in den Lymphdrüsen waren Karzinommetastasen. Wohlbefinden bis 1918; es entwickelt sich an der Innenseite rechts des Kehldeckels ein flaches Geschwür; Arsen innerlich, intensive Röntgentiefenbestrahlung.

FINDER.

21) **Willy Pfalz. Ueber Lipome des Rachens (mit 1 Abbildung).** *Diss. Bonn 1918.*

Sektion eines an Erstickung gestorbenen älteren Mannes. Es fand sich bei ihm ein ovaler Tumor in der linken Rachenwand hinter dem Gaumenbogen, welcher $6^1/_2$ cm Längs-, 6 cm Quer- und 4 cm Tiefendurchmesser hatte. Die obere Grenze lag in der Höhe der Uvula, die untere in der Höhe des Tuberculum cuneiforme. Der Tumor war von weicher Konsistenz und gelber Farbe.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte das typische Bild eines Lipoms.

DREYFUSS.

22) **John J. Kyle. Cholesteatom des seitlichen Pharynx. (Cholesteatema of the lateral pharynx.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Dezember 1918.*

Es ist nicht ganz klar, was Verf. unter „zystischem Cholesteastom“ der Tonsille versteht; nach der ziemlich unzulänglichen Beschreibung dürfte es sich um

das handeln, was wir gewöhnlich als „käsigen Abszess“ oder „Retentionszyste“ der Mandel bezeichnen. FINDER.

23) **Douglas Guthrie. Sarkom der Tonsille. (Sarcoma of the tonsil.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Oktober 1918.*

Verf. berichtet über 3 Fälle; in allen 3 wurde die Tonsille enukleiert. Im ersten vorgeschrittenen Fall geschah die Operation nach vorheriger Tracheotomie in Allgemeinnarkose, in den beiden anderen in Lokalanästhesie. Im ersten Fall trat ein Rezidiv ein, die beiden anderen sind seit 5 Jahren rezidivfrei.

Verf. stellt aus der Literatur 70 Fälle von Sarkom der Tonsille zusammen. FINDER.

24) **Frank E. Taylor** und **W. H. McKinstry. Eine serologische Untersuchung über Angina Vincenti. (A serological investigation of Vincent's Angina.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Oktober 1918.*

Im Queen Alexandra Military Hospital wurden 300 Fälle von fuso-spirillärer Infektion bakteriologisch untersucht; ungefähr in der Hälfte der Fälle handelte es sich um typische Fälle von Angina Vincenti, durch bakteriologische Untersuchung sichergestellt. Von diesen Fällen wurden 55 aufs Geratewohl herausgenommen und auf Wassermann untersucht. In allen Fällen bis auf zwei konnte keine Komplementbindung beobachtet werden; aber in diesen beiden Fällen handelte es sich um Angina Vincenti bei Individuen mit latenter Syphilis.

Auf Grund seiner Untersuchungen und seiner kritischen Betrachtung der in der Literatur erwähnten Fälle kommt Verf. zu dem Schluss, dass das Vorkommen des positiven Wassermann bei Vincent's Angina in den Tatsachen nicht begründet ist, und dass die beiden Affektionen mit absoluter Sicherheit durch Anwendung bakteriologischer und serologischer Methoden sich differenzieren lassen. Ist die Wassermannreaktion bei Vincent'scher Angina positiv, so besteht eine doppelte Infektion. FINDER

25) **Kleestadt** (Breslau). **Das Hineinwachsen adenoiden Gewebes in die Gaumenmandelnischen nach Tonsillektomie.** *Münchener med. Wochenschr. No. 16. S. 436. 1919.*

Ueber die Ausheilungsmöglichkeit nach Tonsillektomie herrscht grosse Unklarheit. Einschlägige Arbeiten widersprechen sich weitgehend. Verf. hat daher seine Fälle (es handelt sich um Erwachsene) daraufhin genau beobachtet und fand jedesmal „während der Heilungszeit eine mehr oder weniger vollkommene Ausfüllung der Mandelnischen mit adenoidem Gewebe. Das lymphatische Gewebe zog sich von der Absetzungsfläche am Zungengrund her nach oben hinauf.“ Die auf diese Weise neu zustande gekommene „Mandel“ sieht gefältelt und fleischig aus. Ueber das spätere Verhalten dieses Gebildes fehlen bis jetzt Beobachtungen. KOTZ.

26) **Karl Kofler. Vorteile der Wundtamponade nach Tonsillektomie.** *Wiener med. Wochenschr. No. 15. 1919.*

Die Vorteile der Wundtamponade nach Tonsillektomie beziehen sich erstens

auf die postoperativen Blutungen aus dem Wundbette, ferner auf Vorkommen von Verklebungen und Verwachsungen der Gaumenbögen mit ihren möglichen Folgen. Vor Anwendung der Tamponade hat Verf. bei etwa 2000 im Laufe von 6 bis 7 Jahren ausgeführten Tonsillektomien 4—5 pCt. postoperative Blutungen gesehen: sie stammten meist aus dem Wundbette und nicht aus den Gaumenbögen. Infolge der verbesserten Operationstechnik und der immer häufiger durchgeführten klinischen Behandlung ist die Zahl der Nachblutungen auf 3—4 pCt. in letzter Zeit gesunken. Verf. formt aus 30proz. Jodoform-Tanningaze, die ausser antiseptischen auch sekretionbeschränkende und styptische Eigenschaften besitzt, einen der Grösse der Wundhöhle entsprechenden Tampon, legt denselben sorgfältig in die Wundhöhle, darauf achtend, dass derselbe nicht über das Niveau der Gaumenbögen hinausrage, und lässt ihn 24, bisweilen auch 48 Stunden liegen. Verf. hat unter 800 so behandelten Fällen nur in einem Fall (0,125 pCt.) eine Nachblutung, und zwar betraf dieser Fall eine chronische Nephritis mit Blutdrucksteigerung. In diesem Fall musste die Carotis ext. unterbunden werden. Eine Verhütung des Zusammenwachsens bzw. Verklebens der Gaumenbögen ist erwünscht, weil es infolge einer solchen während des Wundverlaufes infolge Sekretverhaltung zur Abszessbildung kommen kann und ferner, weil besonders bei Sängern es wichtig ist, die normale Architektonik des Isthmus faucium zu erhalten. HANSZEL.

27) Irwin Moore. **Blutung nach Entfernung der Tonsillen und ihre Behandlung. (Haemorrhage following removal of the tonsils and its treatment.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. April 1919.*

Verf. beschreibt zunächst die Blutversorgung der Tonsille und erörtert die prädisponierenden Ursachen für Blutungen nach Tonsillektomie, sodann die prophylaktischen Massnahmen (Calcium lacticum, Pituitrin, das Verf. empfiehlt, Injektionen von Pferdeserum) und schliesslich die Massnahmen zur Stillung der Blutung nach Tonsillektomie. Unter den letzteren beschreibt er eingehend und erläutert durch Illustrationen die temporäre Vernähung der Gaumenbögen.

Verf. hat in den letzten 5 Jahren 17 Fälle von schwerer Blutung nach Entfernung der Tonsillen gesehen; 10 Patienten (7 Männer und 3 Frauen) waren Erwachsene, 7 waren Kinder (5 männlich und 2 weiblich). Drei von den Erwachsenen wurden mittels Vernähung der Gaumenbögen behandelt; bei den übrigen sistierte die Blutung dadurch, dass die Gerinnsel aus der Fossa tonsillaris entfernt wurden und ein ständiger Druck mittels eines Tampons ausgeübt wurde; ferner wurde Morphium und Atropin subkutan injiziert. FINDER.

28) **Arthur J. Hutchinson. Blutung nach Eröffnung eines Peritonsillarabszesses. (Haemorrhage following the opening of a peritonsillar abscess.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. April 1919.*

Pat., ein 16jähriges Mädchen, war seit 5 Tagen krank mit septischem Fieber. Als nach Inzision des Peritonsillarabszesses mit der Zange eingegangen wurde, erfolgte eine heftige Blutung, die auf Druck mit dem Tampon stand. Die Blutung wiederholte sich zweimal, stand aber schliesslich. Trotzdem verfiel Pat. allmählich und starb in der darauffolgenden Nacht. Ob die Blutung die alleinige Todesursache war, ist nicht mit Sicherheit zu sagen. FINDER.

29) **Seymour Jones. Schnelle Seitenlagerung des Patienten bei Tonsillen- und Adenoidoperation. (Rapid lateral version of the patient in tonsil and adenoid operations.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Oktober 1918.*

Verf. zeigt an einigen Abbildungen, in welcher Weise er mittels eines um den Brustkorb des Patienten geschlungenen und von einer Wärterin gehaltenen Handtuchs ihn schnell auf die Seite lagern lässt, um den Mund von Blut zu leeren.

FINDER.

d) Diphtherie und Croup.

30) **Käthe Foth,** geb. Nissel (Berlin). **Todesfälle an Diphtherie, ihre Ursachen und Möglichkeiten ihrer Verhütung.** *Diss. Berlin 1918.*

Statistische Verarbeitung des Krankenmaterials der Kinderklinik der Charité zu Berlin. Vom Januar 1914 bis Juli 1917 wurden 714 Kinder an Diphtherie behandelt. 11,76pCt. Mortalität (84 Patienten). 15 starben an Intoxikation (Gangränisierung der Haut, Blutungen, Nephritis), 17 an Verfall der Herzkraft, 20 an absteigender Kehlkopfdiphtherie, 9 an postdiphtherischen Lähmungen. Verf. bespricht dann die von der Stadt Berlin seit Oktober 1915 getroffene Einrichtung der Diphtheriefürsorgeschwestern, die durch Erforschung der Ansteckungsquelle und eingeleitete Schutzimpfungen viel Segen stiften.

DREYFUSS.

31) **Feer** (Zürich). **Zur Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum.** *Münchener med. Wochenschr. No. 13. S. 343. 1919.*

Entgegen den Ergebnissen Bingel's, der mit gewöhnlichem Pferdeserum die gleichen Erfolge sah wie mit Diphtherieserum, kommt Feer an Hand einer allerdings nicht sehr grossen Beobachtungsreihe aus der Züricher Kinderklinik zu ganz anderen Folgerungen. Vorsichtshalber behandelte er nur die leichten Fälle mit gewöhnlichem Serum, bei allen schweren (besonders bei Kehlkopffällen) wandte er von vornherein Antitoxin an. Seine Beobachtungen scheinen ihm sehr eindeutig und überzeugend für die Ueberlegenheit des Diphtherieheilserums zu sprechen, so dass er an irgend welche Irrtümer oder Fehlerquellen bei den Bingel'schen Versuchen glauben möchte.

KOTZ.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

32) **W. Douglas Harmer. Kriegsverletzungen des Kehlkopfes. (Warfare injuries of the larynx.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Januar 1919.*

Verf. legt seiner Abhandlung 245 Fälle zugrunde, von denen er meist durch eine Rundfrage Kenntnis erhalten hat. Gruppe I, die für das Folgende fast allein in Betracht kommt, umfasst 108 Fälle, von denen Verf. 24 selbst beobachtet hat, die übrigen sind ihm auf ein Rundschreiben von Laryngologen in Frankreich und Gross-Britanien mitgeteilt worden. Gruppe II umfasst 110 Fälle, von denen er Notizen erhielt durch Prüfung von 1873 Krankengeschichten von Patienten, die mit Schussverletzungen des Halses 1914 und 1915 in den Lazaretten lagen. Diese Notizen sind wegen des Mangels an Details nicht zu verwerten, jedoch ergab sich,

dass die relative Häufigkeit von Kehlkopfverletzungen bei Halsschusswunden 1:17 beträgt. In einer Gruppe III sind 23 Sektionsbefunde begriffen.

Von den Wunden waren 61 transversale, 24 schräge; bei 8 war der Einschuss vorn in der Mittellinie. Von den 108 Kehlkopfverletzungen waren 58 durch Infanteriegeschoss, 20 durch Schrapnell, 16 durch Granatsplitter, eine durch Bajonettstich, nicht festgestellt in 13 Fällen. Auffallend war in einigen Fällen, dass die Geschosse beim Durchgang durch den Hals in nächster Nähe der grossen Gefässe und Nerven keinen ernstlichen Schaden machten. So war z. B. in einem Fall das Geschoss durch Trachea und Oesophagus gegangen und sass in der rechten Lungenspitze; trotzdem erfolgte glatte Heilung.

In vielen Fällen war das Fehlen der klassischen Symptome bemerkenswert. Husten, Dyspnoe, Blutspeien, Dysphagie, Oedem oder Entzündung können fehlen; die Stimme ist dagegen fast immer sofort verloren. In 18 Fällen musste wegen Dyspnoe die Tracheotomie gemacht werden. Dyspnoe kann auch bei leichten Fällen und zu jeder Zeit auftreten.

Methodische Untersuchung ist nötig einschliesslich Röntgenaufnahme und in einigen Fällen auch direkte Laryngoskopie. In 8 Fällen war die Epiglottis fortgeschossen, in 4 Fällen war das Zungenbein frakturiert, in 10 Fällen war der Schildknorpel beteiligt. Gewöhnlich geht der transversale Schusskanal durch den vorderen Teil des Larynx, geht er durch die hintere Partie und ist die Aryknorpelgegend und der Pharynx mitbetroffen, so ist die Verwundung ernsterer Natur. In allen Fällen von Knorpelverletzung tritt Perichondritis auf; schwere Perichondritis ist zu fürchten.

Hämatome (2 Fälle), Granulome (7 Fälle) werden erwähnt, ferner Abszesse; platzt dieser nach innen (7 Fälle), so wird der Fremdkörper oft ausgehustet. Periösophageale und peritracheale Abszesse sind nicht selten.

In 38 Fällen von den 110 war eine Lähmung des Stimmbandes vorhanden; in einigen Fällen verschwand sie bald, in anderen war totale dauernde Lähmung die Folge. Verf. führt eine Reihe von Gründen auf, aus denen er Shockwirkung als die häufigste Ursache von Kehlkopflähmungen hält.

Stenose trat in 44 Fällen auf, und zwar handelte es sich entweder um entzündliche Stenosen im Frühstadium oder um Narbenstenosen, letztere waren zumeist im Niveau der Stimmbänder — darunter 10mal Diaphragmabildung in der vorderen Kommissur —, ferner subglottische Stenosen (9 Fälle), Trachealstenosen (2mal) und paralytische Strikturen (3 Fälle).

Die Beobachtungen seitens der Chirurgen an der Front zeigen, dass schwere Verletzungen des Pharynx eine ernste Verletzung darstellen und oft zu tödlichem Ausgang führen; von Verletzungen im Halsteil des Oesophagus resultierte in 10 Fällen eine Fistel. Die Trachea kann in transversaler Richtung durchquert werden, ohne dass ernstlicher Schaden entsteht. Moure (Revue de Chirurgie, 1916) berichtet über einen Fall, wo ein Handgranatensplitter in den Hals eindrang, die rechte Carotis interna durchtrennte, den Vagus, Akzessorius und Hypoglossus verletzte und schliesslich im rechten Bronchus stecken blieb, von wo er durch Bronchoskopie entfernt wurde und in dem Heilung erfolgte. Verletzungen der Carotis interna wurden in 3 Fällen, der Vena jugularis interna in 2 Fällen berichtet.

Was die Behandlung anbetrifft, so sollte in allen zweifelhaften Fällen die Tracheotomie gemacht werden; von den dieser Abhandlung zugrunde liegenden Fällen erforderten 28 die Tracheotomie, 4 die Laryngotomie. Im allgemeinen ist die obere Tracheotomie vorzuziehen, die untere sollte reserviert bleiben für die Fälle, bei denen man nach reiflicher Erwägung zu dem Resultat kommt, dass dauernd eine Kanüle getragen werden muss. Ist Patient von der Tracheotomie genesen, so setzt die Behandlung der Stenose ein. Verf. meint, die Laryngostomie sei keine Operation, die leicht von Laryngologen unternommen werden kann. Keinesfalls sollte man sie zu frühzeitig machen. Verf. ist mehr ein Anhänger der allmählichen Dilatation mit Bougies, Intubationsrohren oder Schornsteinkanülen.

In der Feuerlinie sind ausgedehnte tödliche Granatsplitterverletzungen des Larynx häufiger; in den Etappenlazaretten in Frankreich kamen viele Todesfälle in der ersten Woche nach der Verwundung vor. Von den 108 hier berichteten Fällen endeten nur 5 tödlich.

Von den 108 Fällen behielten 17 eine normale Stimme, sehr heiser waren 24, etwas heiser 12, Falsettstimme 1, Flüsterstimme 15; über 38 Fälle liegt kein Bericht vor.

FINDER.

33) **H. Smurthwaite. Kriegsneurosen des Kehlkopfes und des Sprachmechanismus. (War neuroses of the larynx and speech mechanism.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Januar 1919.*

Die Erfahrungen des Verf. beruhen auf 260 Fällen; davon waren 239 Fälle von Aphonie, 13 von absolutem Mutismus, 10 von Stammeln oder Stottern. Er bespricht nur die Fälle, die sich jeder Behandlung gegenüber als hartnäckig erwiesen und von der Front nach Hause geschickt werden mussten. Die Aphonie entstand in den meisten Fällen durch reine Shockwirkung infolge Gas; infolge Reflexwirkung trat Larynxspasmus auf. Zur Unterscheidung von organischen und funktionellen Kehlkopflähmungen stellt Verf. folgenden Satz auf: Wenn der Patient weder phonieren noch husten kann, so handelt es sich um eine organische Läsion; kann er nicht phonieren, jedoch dabei husten, so handelt es sich um eine Adduktorparese, die in der Regel funktionell ist. Verf. unterscheidet je nach der Stellung der Stimmbänder 4 Gruppen: 1. Elliptische Glottis; Internusparese. 2. Kein Versuch zur Adduktion; mehr weniger Kadaverstellung. 3. Stimm- und Taschenbänder werden aneinander gepresst. 4. Dreieckiger Spalt im hinteren Drittel; Interarytänoidparese.

Was die Resultate der Behandlung, die Verf. eingehend schildert und die nicht wesentlich von der allgemein üblichen abweicht, anbelangt, so wurden die 13 Fälle von Mutismus geheilt bis auf zwei, von den Aphonischen heilten alle bis auf 11 und zwar die Mehrzahl in der ersten Sitzung.

FINDER.

34) **Walter Landau. Ueber Kehlkopfverletzungen durch Selbstmordversuch.** *Diss. Leipzig 1918.*

Kasuistik von 6 Fällen aus der chirurgischen Klinik in Leipzig. L. plädiert für die schon von Langenbeck geforderte prophylaktische Tracheotomie bei der Behandlung dieser Verletzungen.

DREYFUSS.

35) **Archer Ryland. Die Kehlkopfveränderungen infolge von „Senfgas". (The laryngeal changes induced by mustard-gas.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Mai 1919.*

Durchschnittlich drei Tage nach der Einatmung stellen sich die charakteristischen Erscheinungen im Larynx ein. Diese spielen sich stets an den Stimmbändern ab, und zwar handelt es sich um eine Epithelnekrose im mittleren Drittel derselben. Der Larynxeingang, die Taschenbänder, Aryknorpel und ary-epiglottischen Falten sind stark gerötet; auch Trachea und Pharynx können in die allgemeine Rötung und Schwellung einbegriffen sein. Das mittlere Drittel der Stimmbänder ist bedeckt von einem gelben fibrinösen Belag. Es besteht Aphonie und Dysphagie. Allmählich verschwindet der gelbe Belag und es bleibt dann ein Zustand wie bei chronischer Laryngitis. Aphonie bleibt oft längere Zeit bestehen infolge myopathischer Parese der Stimmbänder. FINDER.

36) **J. A. M. Hemmeon. Ulzero-membranöse Streptokokken-Laryngitis. (Ulcero-membranous laryngitis of streptococcic origin.)** *The British med. Journal. 17. Mai 1919.*

In einem amerikanischen Lazarett in Boulogne hat Verf. 50 Fälle beobachtet, die folgendes Bild darboten: Die Patienten erkranken unter allgemeinem Uebelbefinden und meist auch Temperatursteigerung, Klagen nur über Beschwerden seitens des Kehlkopfs, Husten, Heiserkeit oder Aphonie. Pharynx gewöhnlich etwas gerötet. An beiden Stimmbändern symmetrisch, gewöhnlich das mittlere Drittel einnehmend, „ulzero-membranöse Veränderungen", d. h. eine graue durchscheinende Membran, die durch starkes Reiben mit einem Wattetampon entfernt werden kann, wonach dann eine blutende Oberfläche zurückbleibt. Nach 3 bis 4 Tagen rollt sich der Rand der Membran auf oder kann entfernt werden und es bleibt einfache Ulzeration. Behandlung besteht in Stimmruhe und Inhalationen.

Es wurden Abstriche teils auf dem Wege der indirekten Laryngoskopie, teils durch ein kurzes laryngoskopisches Rohr hindurch gemacht. Von 50 Kulturen zeigten 35 Streptokokken fast in Reinkultur; 10 zeigten vorwiegend diesen Mikroorganismus. Von den 35 Streptokokkenkulturen wurden 25 als Streptococcus haemolyticus und 10 als Streptococcus viridans klassifiziert. (Obwohl Verf. ausdrücklich hervorhebt, dass ähnliche Veränderungen im Larynx an Influenzakranken, die sich zu gleicher Zeit im Lazarett befanden, nicht gesehen wurden, so kann man sich doch des Eindrucks nicht erwehren, dass es sich hier um die bekannte „Influenzalaryngitis" handelt. Ref.) FINDER.

37) **Emil Glas. Die Kehlkopferkrankungen bei Influenza.** *Wiener med. Wochenschrift. No. 8. 1919.*

Ausser den bereits von verschiedenen Seiten berichteten kroupösen Larynxentzündungen bei Influenza erwähnt Verf. einige Fälle von Perichondritis, die teilweise an die im Gefolge des Typhus auftretenden erinnern. Verf. berichtet über fünf solche Fälle. In vier von diesen Fällen war der Giessbeckenknorpel beteiligt, in einem der Ringkorpel allein, in einem der Schildknorpel. In drei der Fälle wurden Inzisionen gemacht, zweimal Tiefeninzisionen von innen, einmal (bei der

Perichondritis cricoidea) Inzision von aussen. Dem einen Fall mit Perichondritis beider Aryknorpel und Fixation der Stimmbänder wurde sofortige Tracheotomie angeraten; er entzog sich aber der Beobachtung. Der fünfte Fall ist bemerkenswert wegen der Beteiligung aller Kehlkopfknorpel und durch die Torpidität des Prozesses; es resultierte schliesslich eine Form relativer Stenose, die eine chronische Dilatationsbehandlung notwendig machte. HANSZEL.

38) **Maurice Vernet** (Marseille). **Die Klassifikation der Symptomenkomplexe kombinierter Kehlkopflähmungen. (The classification of the syndromes of associated laryngeal paralyses.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Dezember 1918.*

Verf. schlägt für die Klassifikation der kombinierten Kehlkopflähmungen ein Schema vor, das eine Benennung nach den hier in Betracht kommenden, von der Schädelbasis ausgehenden Nervenstämmen voraussetzt: IX. (Glossopharyngeus), X. (Vagus), XI. (Spinalis), XII. (Hypoglossus). So wird z. B. der Jackson'sche Symptomenkomplex bezeichnet als „Spinal- und Hypoglossuslähmung".

FINDER.

39) **Ulrich Krau. Ueber die Bekämpfung der Papillomrezidive im Kehlkopf.** *Diss. Rostock 1917.*

Beschreibung zweier Fälle aus der Körner'schen Klinik. Im ersten Falle, einem jungen Manne, der im Anschluss an sekundäre Lues multiple Kehlkopfpapillome bekam, wurden innerhalb eines Jahres 70, im Laufe der Jahre 128 Tumoren entfernt. Nach 7 Jahren Heilung. Der zweite ausführlich beschriebene Fall betraf eine 23jährige Erzieherin. Es wurden bei ihr 3 mal Laryngofissuren, 1 mal Tracheotomia superior, vielfache Röntgenbestrahlungen, langdauernde Arsenikkuren vorgenommen. Nach $5^1/_2$ Jahren hörte die Papillombildung auf.

Verf. kommt zu dem berechtigten Schluss, dass eigentlich nicht all die verschiedenen Eingriffe und Medikationen, sondern wohl nur die Zeit, d. h. das Erschöpfen der Rezidivfähigkeit, Heilung dieser Krankheit bringt. DREYFUSS.

40) **McIlraith. Lungenkollaps infolge von Kehlkopfpapillomen, vergebliche Tracheotomie; Tod. (Pulmonary collapse consequent on papillomata of the larynx; unrelieved by trachootomy; death.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. September 1918.*

22 Monate altes Kind wurde mit starkem Stridor in die Klinik gebracht. Indirekte Laryngoskopie ergab, dass der Larynx mit Papillommassen erfüllt war. Trotzdem ein Teil derselben in Chloroformnarkose unter direkter Laryngoskopie entfernt wurde, war die Atmung doch so schlecht, dass 24 Stunden später die Tracheotomie gemacht werden musste. Dieselbe hatte nicht den gewünschten Erfolg: zwar schien die Exspiration ziemlich leicht, die Inspiration war hochgradig erschwert. Unter zunehmender Atemnot, wobei zuletzt noch Emphysem der Haut am Hals und Brust auftrat, Exitus. Bei der Autopsie fanden sich noch grosse Papillommassen im Larynx, Emphysem des Mediastinums, die Lungen völlig kollabiert.

Verf. gibt folgende Erklärung für das Zustandekommen des Kollapses: Die Geschwulst im Larynx wirkte als Klappe, sie wurde bei der Inspiration mehr oder weniger in die Stimmritze hineingezogen, während die Exspiration ziemlich frei war. Kollaps der Lunge musste — wenigstens teilweise — bereits vor Vornahme der Tracheotomie Platz gegriffen haben und wurde auch durch die Entfernung eines Teiles der Geschwulst und die nachfolgende Tracheotomie nicht hinreichend gebessert. Da ferner die Ueberaktion der Brustmuskeln und des Zwerchfells den Kollaps der Alveolen nicht auszugleichen vermochte, führte der negative Druck dazu, dass von der Tracheotomiewunde aus Luft in die Gewebe gesogen wurde. Der negative Druck in den Pleurahöhlen trug ferner dazu bei, dieses Emphysem zu steigern; aus denselben Gründen erfolgte die Resorption der Residualluft in den teilweise kollabierten Lungen.

Sir. St. Clair Thomson, aus dessen Klinik diese Beobachtung stammt, tritt in einer Nachtragsbemerkung für die möglichst frühzeitige Vornahme der Tracheotomie ein. FINDER.

41) **Sonies** (Davos). **Sonnenlichtbehandlung der Kehlkopftuberkulose.** *Münchener med. Wochenschr. No. 16. S. 447. 1919.*

Der Patient liegt mit dem Gesicht gegen die Sonne, vor ihm steht ein beweglich an einem Gestell angebrachtes Brett, das in der Mitte einen kleinen Fensterausschnitt hat. Durch diesen fallen die Sonnenstrahlen auf den Kehlkopfspiegel, den sich der Patient selbst in den Mund hält. Zur Kontrolle seiner richtigen Lage dienen zwei links und rechts von der Fensteröffnung an beweglichen Achsen angebrachte kleine Spiegel. Verf. sah öfter recht gute Erfolge. KOTZ.

42) **A. Kuttner** (Berlin). **Die Versorgung der Kehlkopftuberkulösen in Heilstätten.** *Zeitschr. f. Tuberkulose. Bd. 30. Heft 1. 1919.*

Die Arbeit stellt einen in der Laryngologischen Gesellschaft zu Berlin gehaltenen Vortrag dar. Drei Wege stehen nach K. offen: 1. Unterbringung der Kehlkopfkranken in allgemeinen Lungenheilanstalten eventuell mit gelegentlicher Heranziehung konsultierender Laryngologen. 2. Gründung von Sonderheilanstalten für Kehlkopftuberkulose nach dem Muster der Volksheilstätten für Lungenkranke. 3. Angliederung besonderer Abteilungen für Kehlkopftuberkulöse an allgemeine städtische und staatliche Krankenhäuser. Auf Grund seiner Erwägungen kommt Verf. zu dem Schluss, dass es am zweckmässigsten ist, die Kehlkopftuberkulösen in besonderen Volksheilstätten zu sammeln oder ganz grossen Heilanstalten besondere, räumlich getrennt liegende Abteilungen für diese Kranken anzugliedern. Nach seiner Schätzung würde auf 15—20 Betten für Lungenkranke ein Bett für Tuberkulose der oberen Luftwege zu rechnen sein. FINDER.

43) **Emil Mayer** (New York). **Bericht über einen Fall von prolongierter Intubation. (Report of a case of prolonged intubation.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. August 1918.*

9jähriger Knabe war im Alter von $2^1/_2$ Jahren wegen Diphtherie tracheotomiert worden; er hatte eine Trachealfistel. Es wurde eine sekundäre Tracheoto-

mie gemacht, die Fistel blieb bestehen. Mittels Bronchoskopie wurde festgestellt, dass unterhalb der Stimmbänder eine impermeable Striktur war; eine 3 mm starke Dilatationstube wurde mit Schwierigkeit hindurchgeführt. Während dieser Zeit trug Pat. eine Kanüle. Plastische Hauttransplantation und tägliche Einführung eines Schrötter'schen Bougies. Zwei Monate darauf wurde unter Schwebelaryngoskopie ein starker Uterusdilatator durch die Verengerung eingeführt und diese erweitert. In der Folge wurde ungefähr alle 10 Wochen in Schwebelaryngoskopie extubiert und sofort wieder intubiert. April 1918 — fünf Jahre nach der ersten Intubation — konnte die Tube definitiv entfernt werden. Die wesentlichen Punkte in der Krankengeschichte sind: 1. Persistierende Trachealfistel trotz aller Versuche, sie zu schliessen. 2. Stenose der unteren Portion der Larynx. 3. Unmöglichkeit der Intubation ausser in allgemeiner Narkose und unter Schwebelaryngoskopie. 4. Persistierender Kollaps des Larynx sobald extubiert wurde. 5. Tragen eines Intubationsrohres 5 Jahre lang. 6. Die Fähigkeit per vias naturales zu atmen, obwohl mindestens zwei vordere Trachealringe verloren waren.

FINDER.

44) **E. Liek** (Danzig). **Ueber die Behandlung des erschwerten Dekanülements.** *Zentralbl. f. Chir. No. 16. 19. April 1919.*

Unter 51 während einer $2^1/_2$jährigen Vertretung im Krankenhaus wegen Croup operierten Kindern waren 3, bei denen das Fortlassen der Kanüle auf Schwierigkeiten stiess; dazu kam ein 4., in einem anderen Krankenhause operiertes Kind. Alle 4 Fälle waren solche von Tracheotomia superior. Trotz Untersuchung in Narkose, Sondierung usw. konnte eine genaue Diagnose nicht gestellt werden. Eine Fensterkanüle mit zugestopfter Oeffnung konnte eine Woche liegen; nach ihrer Entfernung traten aber sofort wieder Erstickungsanfälle auf. Eine untere Tracheotomie führte in allen vier Fällen zum sofortigen Dekanülement. Eine organische Stenose war also auszuschliessen. Verf. nimmt an, dass eine Störung der Stimmbandinnervation vorlag. Bei der oberen Tracheotomie liegt der reflexauslösende Reiz (Wunde, Kanüle) sehr viel näher und ist daher wirksamer. So ist auch die ungünstige Wirkung der Krikotomie zu erklären.

Verf. schlägt vor, bei erschwertem Dekanülement nach oberer Tracheotomie ohne erkennbare Ursache zunächst die physiologisch ungefährlichere untere Tracheotomie zu machen. Selbst wenn die untere Tracheotomie nicht ans Ziel bringt, d. h. das Dekanülement auch jetzt nicht gelingt, so ist sie immer noch ein wertvoller Vorakt für spätere Eingriffe (Freilegen der Trachea, Auskratzen von Granulationen usw.).

FINDER.

f) Schilddrüse.

45) **C. von Eicken. Strumaoperationen bei eingeführtem Tracheoskop.** *Zentralblatt f. Chir. No. 20. 17. Mai 1919.*

Um die erhebliche Gefahr, die eine Strumaoperation durch eventuelles Auftreten von Asphyxie komplizieren kann, auszuschalten, schlägt Verf. vor, bei schweren Trachealstenosen mit stridoröser Atmung infolge Struma ein

Bronchoskop unmittelbar vor der Operation nach Kokainisierung des Kehlkopfs und der Luftröhre über die Stenose nach abwärts zu schieben und es während der Operation liegen zu lassen. Das Verfahren wurde bis jetzt in 6 schweren Fällen von Trachealstenose durch Strumen, die meist grosse, in den Thorax sich erstreckende Fortsätze besassen, angewandt und hat sich ausgezeichnet bewährt. Die Atmung blieb bis zum Schluss der in einigen Fällen bis zu einer Stunde dauernden Operation völlig frei. Die Fälle wurden teils in Narkose, teils in Lokalanästhesie operiert. Die Narkose durch das Rohr hindurch ging glatt von statten. Für den Operateur war es eine grosse Annehmlichkeit, dass er bei Loslösen und Vorwälzen der oft recht grossen Strumaknoten völlig unbehindert war und dabei einen viel kräftigeren Zug und Druck anwenden konnte, als dies sonst statthaft ist.

FINDER.

g) Oesophagus.

46) **Richard Dorn. Ueber Blutungen aus der Speiseröhre im Kindesalter auf seltener Grundlage.** *Diss. Frankfurt 1917.*

Im ersten Fall handelte es sich um tödliche Blutungen aus Oesophagusvarizen bei einem 4jährigen Knaben, im zweiten um ebensolche aus einem 22:14 mm messenden ovalen Ulkus der Oesophagusschleimhaut oberhalb der Kardia bei einem 5 Monate alten Mädchen. Beide Fälle sind im Kindesalter grosse Seltenheiten.

DREYFUSS.

47) **F. Tröster. Ein Fall von Pulsionsdivertikel der Speiseröhre.** *Diss. Leipzig 1918.*

51 Jahre alter Mann. Divertikel an der typischen Stelle am Uebergang von Hypopharynx in Oesophagus. Zweizeitige Operation, zuerst Gastrostomie, dann Abtragung des Divertikels von der linken Halsseite aus in Lokalanästhesie. Rasche und dauernde Heilung.

DREYFUSS.

48) **Karl Blauel. Zur antethorakalen Oesophagoplastik mit Haut-Darmschlauchbildung.** *Zentralbl. f. Chir. No. 18. 3. Mai 1919.*

Hacker hat (Zentralbl. f. Chir. 1919) über einen gelungenen Fall von Haut-Dickdarmspeiseröhrenplastik berichtet; er hat diesem günstigen Resultat einen Misserfolg gegenübergestellt, den er mit Haut-Dünndarmschlauchbildung erlebte. Verf. beweist an der Hand zweier von ihm mit Anwendung des Dünndarmschlauchs operierter Fälle, dass diese Methode der Verwendung des Dickdarms zum mindesten nicht unterlegen ist.

FINDER.

49) **Wilhelm Alfs. Ueber zirkuläre Resektion der Speiseröhre im Halsabschnitt und ihren plastischen Ersatz.** *Diss. Bonn 1918.*

Beschreibung eines Falls mit Lappenbildung aus der Halshaut, wie sie Garrè bereits früher einmal ausgeführt und beschrieben hat. Kein Dauererfolg wegen Karzinomrezidivs.

DREYFUSS.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 21. Juni 1918.

Vorsitzender: Killian.

Der Vorsitzende hält einen Nachruf auf P. von Chiari.

1. Killian: Die Schwebelaryngoskopie in ihrer neuesten Form, demonstriert an einem Falle von rezidivierenden Kehlkopfpapillomen (in Narkose).

K. benutzt einen neuen Haken mit einer Mundsperre in Gestalt eines geschlossenen Ringes, der mit Schraube und Hebel verstellt wird. Er fasst das Instrument in der bekannten Weise und geht genau in der Mitte der Zunge in die Tiefe. Erst wenn er an der Arygegend angekommen ist, fängt er an, die Mundsperre gegen die oberen Schneidezähne zu stemmen und an der Schraube zu drehen. Dadurch wird der Zungenspatel gleichsam in den Kehlkopf hineingeschoben. Dann hängt er den Haken am Galgen auf und bringt den Kopf in freie Schwebe. Der Galgen ist ganz vorn am Rande des Operationstisches angeschraubt und steht am hintersten Punkt. Dreht man ihn jetzt an seiner Kurbel heran, so erfolgt langsam die Einstellung des Kehlkopfinnern, denn der Zungenspatel bekommt, wenn man den Galgen an sich heranholt, eine Wendung nach oben und hebt den Kehldeckel. Die Einstellung lässt sich noch verbessern, wenn man an der Flügelschraube des Hakens dreht und dem Haken eine Winkelstellung gibt. (Demonstration.)

K. zeigt zum Vergleich den Haken vom Jahre 1914, wie er allgemein im Gebrauch ist (Demonstration). Die Mundsperre hat hier nur die Form eines Halbkreises und ist in anderer, viel weniger vorteilhafter Weise verstellbar. Auch war oft noch ein besonderer Hebel für den Kehldeckel notwendig. K. demonstriert den Unterschied gegenüber dem früheren Modell an einem Röntgenbilde. Die vorteilhafte Umgestaltung der Mundsperre verdanken wir Lynch in New Orleans; ebenso die systematische Verwendung der Heranschiebung des Galgens zum Zwecke der Einstellung des Kehlkopfinnern. Lynch fixiert die Zunge nicht und braucht keinen Kehldeckelheber mehr und doch kann er die vordere Kommissur einstellen. Zu diesem Zweck hat er die Galgenbahn um 4 Amerik. Zoll verlängert. Sein Verfahren ist auf der Versammlung der American Lar. Association im Jahre 1915 mitgeteilt. Da es nicht möglich war, ein Instrument von drüben zu beziehen, so hat K. nach einer Photographie von Lynch arbeiten lassen und gleich weitere kleine Verbesserungen angebracht.

K. gebraucht das Instrument jetzt schon seit einem Jahre unverändert. Es hat sich immer wieder bewährt, und kein einziges Mal ist der Wunsch entstanden, noch etwas daran zu verbessern.

2. Killian: Fremdkörper in der Lunge.

Es handelt sich um einen 5jährigen Knaben, der am 4. Mai einen Fremdkörper aspirierte, nämlich die Nadel einer Medaille. Anfangs scheint er gar

nichts gesagt zu haben. Erst am zweiten Tage ist die Mutter zum Arzt gegangen. Der Junge wurde in ein hiesiges Krankenhaus gebracht. Dort hat man geröntgent, den Fremdkörper in der linken Lunge gefunden und dann die obere Bronchoskopie gemacht. Die Nadel wurde im linken Hauptbronchus gesehen. Ihre nach oben gerichtete Spitze überragte die Karina um einiges. Bei jedem Zuge an der Nadel machte sich ein Widerhaken bemerklich; es war daher ganz unmöglich, das Ding herauszuziehen. Deswegen wurde die Tracheotomie gemacht, und weitere Züge folgten. Es ist aber auch dabei nicht gelungen, die Nadel zu entfernen. Dann kam das Kind in die Charité. Es hatte zwar nur mässige Temperatursteigerung, aber ein Hautemphysem, das von der Schläfe über die Brust und links bis zum Poupart'schen Bande herunterreichte, auch noch auf den Rücken überging. Es muss vom Bronchus aus Luft in die Gewebe gedrungen sein. Weingärtner versuchte nun sein Glück. Es war bei dem Knaben möglich, ohne Narkose, nur mit lokaler Anästhesie, die untere Bronchoskopie zu machen und die Nadel einzustellen. Sie steckte, wie man noch aus dem Stereo-Röntgenbild sieht, nicht mehr an der Bifurkation, sondern 2—3 cm tiefer. Auch Weingärtner gelang es nicht, die Nadel herauszuziehen.

Die Instrumente zum Schliessen von Sicherheitsnadeln waren in diesem Falle nicht anzuwenden, da es sich um einen unregelmässig verbogenen dicken Draht handelte; auch die Instrumente zum Zerschneiden von Draht kamen nicht in Betracht, da sie eher zerbrachen, als sie den Draht durchschnitten hätten und da sie zu gross waren, um durch das 7 mm-Rohr hindurchzugehen. K. entschloss sich schliesslich zur Anwendung einer Schlinge. Brünings hat bekanntlich eine Schlinge konstruiert, bei der der Draht im rechten Winkel heraussteht. Wenn man sie über eine Nadel stülpt und zuzieht, presst man die Nadel fest gegen eine kleine Platte. K. machte die untere Bronchoskopie, er erwischte mit jener Schlinge den Widerhaken zwar nicht an der Spitze, sondern bekam ihn etwas tiefer zu fassen, hatte aber das Glück, dass sich der Haken axial, also direkt in die Längsachse des Instrumentes einstellte. Nun kam das zweite Manöver: das Einfangen der Nadelspitze. Dazu kam es aber nicht, denn der Zufall wollte es, dass die Spitze nochmals gegen den Haken hin abgebogen war, so dass sie beim Ziehen von selber in das Rohr ging; es war kein Widerstand zu überwinden und der Fremdkörper kam mit Leichtigkeit hinaus. Das Kind war gerettet.

3. Demonstration von Kehlkopfschüssen in einem späteren Stadium der Plastik.

Gutzmann.

---

b) Oto-Laryngologischer Verein in Kristiania.

Sitzung vom 21. November 1918.

Vorsitzender: Uchermann.
Schriftführer: Galtung.

Leegaard: Mittelohrentzündung kombiniert mit Abduzensparalyse, Schwindel, Erbrechen und Kopfschmerzen (Graedenigo's Syndrom).

Uchermann führte einen Fall des Boeck'schen benignen Sarkoids (s. das miliare Lupoid) vor in der Schleimhaut der Nase und des Schlundes sowie der Gesichtshaut einer 51jährigen Frau (gewesenen Lehrerin). Man sieht in der linken Stirngegend, an der linken Seite der Nase, der linken Wange und dem rechten Canthus externus erbsengrosse (Canth. ext.) bis zweikronenstückgrosse blaurötliche, scharf umschriebene Plaques, bestehend aus vielen einzelnen stecknadelkopf- bis hanfsamengrossen Knötchen, die bei Glasdruck zahlreiche bräunliche miliare Herde zeigen. Man bemerkt ausserdem mehrere kleine erweiterte und gewellte Gefässe sowie etwas Desquamation. Vorn in beiden Nasenhöhlen und zwar am stärksten auf der linken Seite, sieht man sowohl am Septum wie der Concha inf. eine unebene, infiltrierte, knotige, teilweise mit Schorf bedeckte, etwa 25pfenniggrosse Partie. Mitten an der hinteren Schlundwand befindet sich ein etwa 10pfenniggrosser, runder, braungrauer, etwas vorgewölbter und fest anzufühlender Fleck mit injiziertem Rand, der nicht ulzeriert ist. Ein ähnliches Infiltrat — bohnengross mit zackigen Umrissen und erythematöser Randzone — sieht man hinten am Palatum durum gegen den weichen Gaumen zu.

Im Sommer 1913 begann Pat. an Schnupfen zu leiden, im Sommer 1915 an Verstopfung der Nase, weshalb ärztlicherseits Aetzmittel und Galvanokaustik ohne sonderlichen Erfolg angewendet wurden. Im November 1916 wurde eine teilweise Septumresektion vorgenommen. Weihnachten 1915 merkte sie erst — anfangs in Gestalt einer kleinen Warze — die sich heranbildenden Flecken an Stirn und Kopf, die dann langsam und allmählich, ohne akute Ausbrüche, grösser geworden sind. In den beiden letzten Jahren hat sie dauernd Arsenik gebraucht.

Als Kind hat sie an den Augen phlyktenuläre Keratitis gehabt, ist aber sonst gesund gewesen. Eine Schwester ihres Vaters ist im Alter von etwa 30 Jahren an Tuberkulose gestorben, sonst gesunde Familie. Pirquet schwach + (Hautabteilung des Reichshospitals).

Die Krankheit ist zuerst von Caesar Boeck beschrieben worden, der von 1898—1916 23 Fälle veröffentlichte. Er gab ihr wegen einer gewissen äusseren Aehnlichkeit mit den multiplen Hautsarkomen den Namen Sarkoid, späterhin den Namen: das benigne miliare Lupoid, da sie, wie sich herausstellte, in einem gewissen Verhältnis zur Tuberkulose stand. Die Knoten sitzen im Korium und zwar an beliebigen Stellen des Körpers, vorzugsweise aber im Gesicht (auch in den Ohrmuscheln), an den Schultern und der Streckseite des Oberarms. Sie sind verschiedener Grösse, hirsekorn- bis gänseeigross, und bestehen hauptsächlich aus epitheloiden Zellen, in der Peripherie finden sich spärliche Plasmazellen und Lymphozyten. Riesenzellen kommen selten, Nekrose nur andeutungsweise vor. Tuberkelbazillen lassen sich nicht nachweisen, doch ging in 2 Fällen das geimpfte Tier an Tuberkulose zugrunde. Pirquet ist fast immer negativ, in diesem Falle also positiv. Boeck nahm an, dass die Krankheit vielleicht von einer Varietät des Koch'schen Tuberkelbazillus, der leicht abstirbt und schwer nachweisbar ist, herrühre, andere meinen, die Knoten und Infiltrate schrieben sich von Toxinen des Tuberkelbazillus her (Hallopeau). Wieder andere betrachten das Leiden als eine besondere, von der Tuberkulose unabhängige Krankheit, ein infektiöses Granulom unbekannten Ursprungs. Die anfangs hellroten Knoten oder

Infiltrate nähern sich mit der Zeit der Oberfläche und erhalten ein mehr gelbbraunes, oft leicht desquamierendes Ansehen (Pigmentationsstadium). Später treten kleine Gefässe auf (Stadium teleangiectaticum) und noch später eine zentrale Involution und spontane Rückbildung der Geschwülste, die eine feine Narbe oder einen Pigmentfleck hinterlässt. Die Krankheit ist gutartig, ulzeriert niemals, bricht nicht in das Nachbargewebe ein, dauert aber gewöhnlich vier Jahre lang. Hauptsächlich werden Frauen angegriffen.

In der letzten Nummer des Archivs für Laryngologie schreibt H. Ulrich in Basel über die Schleimhautveränderungen der oberen Luftwege bei dem Boeckschen Sarkoid und das Verhältnis zum Lupus pernio, was, wie er meint, identische Krankheiten seien. Er hat in der Literatur 73 Fälle des Boeck'schen Sarkoids gefunden und bei der Hälfte derselben vermutlich Schleimhautleiden. Er selbst beschreibt 2 Fälle. Die Schleimhaut weist dieselben Knoten und dasselbe mikroskopische Bild wie die Haut auf. Die Schleimhaut scheint befallen zu werden, lange bevor die Haut angegriffen wird, und dieses Umstandes sollten die Rhinologen bei auftretender Stenose und anderen Symptomen eingedenk sein. Vielleicht ist die Nasenschleimhaut der normale Ausgangspunkt der Krankheit.

Uchermann führte ein junges Mädchen von 13 Jahren vor, die in der Kehlkopfabteilung des Reichshospitals aufgenommen wurde, um wegen Heiserkeit und einer Anschwellung vor dem unteren Teil der Luftröhre, wo aus einer kleinen schorfbedeckten Wunde etwas sanguinolent-purulente Flüssigkeit kam, behandelt zu werden. Mit der Sonde gelangte man in einen fistulösen Kanal, der etwa 5 cm nach aufwärts und auswärts bis zum unteren Rand des Kehlkopfes führt. Vermittels Laryngoskopie sah man — entsprechend der Regio supra- wie infraglottica — die linke Hälfte des Kehlkopfs von einem gleichmässig roten, glatten, harten Infiltrat eingenommen, in dem das unbewegliche Stimmband mit Ausnahme eines weissen Streifens verschwindet. Die Krankheit soll etwa ein Jahr lang gedauert haben und ist ohne sonderlichen Erfolg mit JK behandelt worden. Keine Aufschlüsse wegen Lues. Wassermann +.

14. Februar 1919. Bei Salvarsanbehandlung (Hautabteilung) bildete sich die Geschwulst gänzlich zurück, die Fistel schloss sich, das linke Stimmband erhielt seine Beweglichkeit wieder. (Als die Geschwulst im Schwinden war, sah man anfangs in der Regio infraglottica eine erbsengrosse gelbe Ulzeration, die jetzt wieder verschwunden ist.)

Galtung demonstrierte einen Fall von geheilter otogener Meningitis.

Sitzung vom 6. März 1919.

Uchermann führte ein 2jähriges Mädchen mit Larynxstenose (vom Arcus cricoideus ausgehend) nach einer Tracheotomia sup. vor, geheilt durch Spaltung und Bolzung gemäss seiner Methode und nach etwa einmonatiger Behandlung. Es ist dies der 15. Fall, der ohne Komplikationen unter Hinterlassung einer unbedeutenden Narbe und mit Beibehalt der normalen Stimme geheilt worden ist.

Derselbe besprach einen Fall von Laryngitis hypoglottica bei einem 5jährigen Knaben. Die Diagnose wurde indirekt durch Laryngoskopie gestellt. Noch in derselben Nacht Tracheotomia sup. Wurde nach 3wöchigem Aufenthalt als geheilt entlassen. Die Kanüle war entfernt.

Derselbe führte ein 13jähriges Mädchen mit Abduzensparalyse vor, die am 25. Januar 1919 wegen eines mit Mastoiditis verbundenen akuten Ohrenleidens operiert worden war. (Partielle Resektion). Es sind weder Labyrinth- noch Meningitissymptome vorhanden gewesen, wohl aber reichliche Sekretion und etwas Schmerzen. Sie wurde am 19. Februar zwecks poliklinischer Behandlung entlassen, kam aber schon am nächsten Tage zurück, da sie zu Hause über Schwindel und Doppelsehen geklagt hatte. Es stellte sich eine Abduzenslähmung der linken Seite heraus. Kein Fieber, kein Nystagmus. Klagte über einige Schmerzen in der Stirn über dem linken Auge. Auf dem linken Ohr hörte sie Flüstern auf 2 m. Mit Hinblick auf etwaige rheumatische Ursachen erhielt sie Salicyl. natric. (P. S.) Da die Sekretion des linken Ohres nicht aufhörte, das Hören auch nicht besser wurde und die Abduzenslähmung unverändert anhielt, wurde am 10. März die Totalresektion vorgenommen. Trommelhöhle und Rezess waren von Granulationen und hypertrophischer Schleimhaut erfüllt. In den Wandungen keine Anzeichen von Karies, das Ohrenknöchelchen fehlt. Fünf Tage später bekam sie JK. Hierbei hat sich die Lähmung allmählich zurückgebildet (3. April 1919). Temperatur während der ganzen Zeit normal, die Stirnschmerzen schon längst vorüber.

Derselbe führte einen Fall von Tuberculosis veli palatini bei einem 22jährigen Manne vor. Im Oktober 1918 rechtsseitige Pleuritis, worunter 6 Wochen bettlägerig, in der letzten Woche „wund" im Halse. Als er ihn im Januar d. Js. sah, war sein Zustand ungefähr wie jetzt, nur waren die Wunden etwas grösser geworden. Bei dem Gebrauch von 2 g JK. täglich und bei wöchentlich 1—2maliger Pinselung mit 50—80proz. Milchsäure kamen die Dysphagie zum Aufhören und die Ulzerationen heilten an einzelnen Stellen. Seit Februar d. Js. ist der Prozess wieder im Zunehmen begriffen, weshalb Pat. ins Krankenhaus gebracht wurde. Es ist Dämpfung und etwas Knistergeräusch im rechten Lungenlappen vorhanden, die linke Lunge ist frei. Am Zäpfchen und der ganzen Vorderfläche des weichen Gaumens ist die Schleimhaut uneben, kleinhöckerig mit kleineren geschlängelten Ulzerationen dazwischen. Im Kehlkopf nichts Bemerkenswertes. Temperatur normal. Man beabsichtigt ihn im weiteren mit allgemeinen Kohlenbogenlichtbädern und Milchsäurepinselungen (50 proz.) zu behandeln.

Derselbe führte einen 35jähr. Mann vor, der am 11. Mai 1918 wegen einer pflaumengrossen Geschwulst operiert worden war, die sich mikroskopisch als ein Carcinoma nasi erwies. Das Leiden begann ein Jahr vorher mit Nasenblutungen der linken Nasenhälfte. Die Geschwulst nahm ihren Anfang vom hinteren Teil der Nasenhöhle entsprechend der äusseren Wand der linken Choane, und hängt mit dem Periost zusammen. In den Ethmoidalzellen und im Sinus sphenoidalis polypöses Gewerbe. Denker's Operation. Patient wurde am 25. Mai entlassen. Nachbehandlung mit Radium. Im ganzen 3 Sitzungen. Die Höhle ist jetzt überall glatt, glänzend, keine Spuren einer Geschwulst.

Derselbe besprach einen Fall von Cancer laryngis bei einem jetzt 78 Jahre alten Manne, der vor 18 Jahren endolaryngeal und zwar unter Entfernung eines Stückes des rechten Stimmbandes operiert wurde. Die Geschwulst hatte das Ansehen einer Warze, kein Infiltrat, Stimmband beweglich. Die heutige Untersuchung erweist die Kehle als völlig normal, mit Ausnahme einer von dem erwähnten Eingriff herrührenden kleinen Vertiefung im rechten Stimmband. Seine Stimme ist während der ganzen Zeit etwas heiser gewesen.

Bei der in vorletzter Sitzung besprochenen Frau, die wegen eines von der Plica interarytaenoidea ausgehenden Cancers endolaryngeal operiert wurde, ist noch kein Rückfall eingetreten. Es sind seit der Entfernung nunmehr dreiviertel Jahre verflossen.

Gording berichtete über einige Tierversuche, die er vorgenommen hatte, um die nasalen und zwar besonders von der Oberkieferhöhle ausgehenden Reflexe zu untersuchen. Es zeigte sich an den vorgeführten Kurven, dass jeder Reiz eine ausgeprägte Beeinflussung der Atmungstypen zur Folge hatte, indem expiratorischer Atmungsstillstand eintrat. Nach besonders starkem Reiz traten beim Versuchstier nicht nur heftige, etwa 40 Sekunden währende krampfartige Atmungsbewegungen ein, sondern auch starke ausgesprochene klonische Zuckungen des Gesichts und aller Extremitäten. Gordon meint, hierdurch sei der Beweis geliefert, dass epileptische Konvulsionen allein durch intranasale Reizung hervorgerufen werden könnten. In nächster Zeit werden diese Versuche in ihrer Gesamtheit veröffentlicht werden.

Leegaard zeigte einen Pflaumenkern vor, der aus einer Striktur des Oesophagus entfernt worden war.

Sitzung vom 24. April 1919.

Uchermann führte einen Fall von Transversusparalyse bei einem einjährigen kleinen Mädchen vor, das wegen Verdachts auf Tbc. laryngis im Hospital aufgenommen worden war. Seit der Geburt solle sie „heiser“ gewesen sein, hat an keiner allgemeinen Krankheit gelitten. Keine Anzeichen von Tbc.

Derselbe besprach den Fall eines Fremdkörpers (kleine Pfeife) in der Lunge, der 8 Tage nach dem Verschlucken aus dem rechten Bronchus eines 15jährigen Knaben durch Bronchoscopia sup. in Lokalanästhesie entfernt wurde. Die näheren Einzelheiten sind dem „Norsk Magaz. f. Laegevidenskaben (forhandlinger)“ zu entnehmen.

Derselbe besprach 2 Fälle von akut rheumatischem Ohrenleiden.

Galtung besprach den Fall einer geheilten otogenen Meningitis, der später zu näherer Beschreibung kommen wird.

Galtung.

III. Briefkasten.

Die Besetzung des Lehrstuhls für Rhino-Laryngologie an der Universität Wien.

Die Entscheidung über die Nachfolge Chiari's ist nunmehr gefallen: Der a.o. Titularprofessor Privatdozent Dr. M. Hajek wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt und ihm die Leitung der laryngo-rhinologischen Klinik am Neuen Krankenhaus übertragen; er übernimmt gleichzeitig einen Lehrauftrag für Ohrenheilkunde. Ferner bestätigt es sich, dass Professor Dr. Heinrich Neumann, dem, wie bereits gemeldet, die Leitung der bisherigen Ohrenklinik am Alten Allgemeinen Krankenhause übertragen wurde, zugleich den Lehrauftrag für Laryngologie erhielt. Die Wiener medizinische Fakultät besitzt also nunmehr eine Klinik für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten unter Leitung eines Laryngo-Rhinologen und eine Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten, die einem Otologen unterstellt ist.

Wir Laryngologen dürfen uns aufrichtig freuen, dass unserem verehrten Kollegen Hajek endlich eine — wenn auch eine etwas späte — offizielle Anerkennung seiner grossen wissenschaftlichen Verdienste durch Berufung an eine staatliche Klinik und Uebertragung eines Lehrstuhls zu Teil geworden ist, nachdem ihm seine hervorragenden Leistungen — insbesondere auf dem Gebiet der Nebenhöhlenerkrankungen — schon längst einen internationalen Ruf als Autorität ersten Ranges verschafft hatten. Nur in **einem** Punkte wird unsere Freude über die ihm gewordene Genugtuung getrübt: Wir bewundern zwar das Selbstvertrauen und die geistige Elastizität des nunmehr bald Sechzigjährigen, der sich zutrauen darf, den Lehrauftrag für ein Fach zu übernehmen, auf dem er sich bisher wohl kaum hervorragend betätigt hat, auf dem er wissenschaftlich jedenfalls niemals hervorgetreten ist; dass er sich aber — gewiss nur mit innerem Widerstreben — dazu verstehen muss, bedauern wir im Interesse der Otologie, ebenso wie wir im Interesse unserer Disziplin dagegen Einspruch erheben müssen, dass an einer grossen Universität, die den Aufbau und Ausbau der klinischen Laryngologie stets zu ihren schönsten Ruhmestiteln zählte, ein Lehrauftrag für dieses Fach einem Manne übertragen wird, der aus einer rein otologischen Schule entstammt und sich bisher ausschliesslich als Otologe bekannt gemacht hat. Die Anordnung dies höchst sonderbaren „Chassez croisez", wonach der Rhino-Laryngologe die Otologie, der Otologe die Laryngologie „mitübernimmt", kann und wird nicht zum Nutzen der „angegliederten" Fächer ausfallen, mag die Hoffnung auch noch so berechtigt sein, dass es den mit ihnen Betrauten gelingen wird, sich in ihr Lehrfach „einzuarbeiten". Wir haben stets zugegeben, dass die Verhältnisse an kleinen Universitäten eine Verschmelzung der beiden Lehrfächer aus ökonomischen Rücksichten oder sonstigen äusseren Gründen unter Umständen gerechtfertigt erscheinen lassen können. Voraussetzung ist aber dann auch in jedem Falle, dass dieser kombinierte Lehrauftrag nur jemandem übertragen werden darf, der durch wissenschaftliche Leistungen auf beiden Gebieten den Nachweis erbracht hat, dass er den hohen Anforderungen, die an einen akademischen Lehrer zu stellen sind, in beiden Fächern voll entspricht.

Finder.

Die Versorgung der Kehlkopftuberkulösen in den Heilanstalten.

Im Anschluss an einen Vortrag, den am 9. Januar d. J. A. Kuttner über dieses Thema in der Laryngologischen Gesellschaft zu Berlin hielt und im Verfolg einer in der Diskussion von Finder gegebenen Anregung beschloss die Gesellschaft, eine Kommission einzusetzen, die über Schritte Vorschläge machen sollte, die bei den in Betracht kommenden Behörden usw. im Interesse der Anstaltsversorgung der Kehlkopftuberkulösen zu machen sind. Diese Kommission, bestehend

aus den Herren Heymann, A. Kuttner und Finder, hat im Namen der Gesellschaft folgendes Schreiben an die Städtische Krankenhausdeputation der Stadt Berlin gerichtet:

Die Laryngologische Gesellschaft zu Berlin erlaubt sich der Städtischen Krankenhausdeputation Folgendes zu unterbreiten:

Die Tuberkulose des Kehlkopfes stellt eine der häufigsten und wichtigsten Begleiterscheinungen der Lungenschwindsucht dar. Es ist innerhalb der fachärztlichen Kreise in den letzten Jahren des öfteren Gegenstand von Erörterungen gewesen, dass mangels geeigneter Einrichtungen bei der Anstaltsbehandlung der Tuberkulösen den Erkrankungen der oberen Luftwege nicht immer die Aufmerksamkeit zu Teil geworden ist, die sie verdienen. Es wird dies als um so bedauerlicher empfunden, als nach den bisherigen Erfahrungen und bei dem derzeitigen Stand der laryngologischen Wissenschaft und Technik die Kehlkopftuberkulose durchaus nicht mehr als eine stets unheilbare Krankheit angesehen zu werden braucht, sondern bei sorgfältiger ärztlicher Ueberwachung und sachkundiger Behandlung sehr oft günstig beeinflusst werden, nicht selten sogar geheilt werden kann.

Von diesen Gesichtspunkten ausgehend, hält es die Laryngologische Gesellschaft zu Berlin als berufene Vertreterin ihrer Berliner Fachgenossen für ihre Pflicht, dahin vorstellig zu werden, dass bei dem neu einzurichtenden Tuberkulosekrankenhaus der Stadt Berlin in Buch

1. eine mit allen erforderlichen Hilfsmitteln ausgestattete besondere Abteilung errichtet wird für Patienten mit Erkrankungen der oberen Luftwege;
2. mit der Leitung dieser Abteilung ein spezialistisch gründlichst ausgebildeter Arzt betraut wird, der die Diagnostik der Erkrankungen der oberen Luftwege und deren gesamte Therapie völlig beherrscht;
3. bei den Beratungen über die Einrichtung dieser Abteilung ein Laryngologe von Fach hinzugezogen wird.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXV. Berlin, Juli. 1919. No. 7.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **E. Schmiegelow. Hans Wilhelm Meyer.** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. 1. H. 4.*

Eine Lebensgeschichte Meyer's und eingehende Würdigung seiner Arbeit über „Adenoide Vegetationen" in ihrer Bedeutung für die Entwicklung der modernen Otologie. FINDER.

2) **James Donelan. Morell Mackenzie, der Vater der britischen Laryngologie, Begründer des „Journal of Laryngology". (Morell Mackenzie, the father of british laryngology, founder of the „Journal of Laryngology").** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Juni 1919.*

Verf., derzeitiger Vorsitzender der Section of Laryngology, Royal Society of Medicine, war Mackenzie's Privatassistent in den Jahren 1887—1892, der infolge der Kaiser Friedrich-Episode kritischsten Zeit seines Lebens. Er schildert den Lebenslauf und die wissenschaftliche Tätigkeit Mackenzie's und versucht seinem in der Geschichte unserer Wissenschaft schwankenden Charakterbild Gerechtigkeit widerfahren zu lassen. In den Zwiespalt, in den nach der Krankheit Kaiser Friedrich's und nach dem Erscheinen von „Frederic the Noble", einem Buch, das von Donelan selbst als ein „unglückseliges" bezeichnet wird, an dessen Autorschaft aber — wenn man ihm glauben soll — die Kaiserin Friedrich einen grossen Anteil hatte, Mackenzie mit seinen englischen Fachgenossen geriet, sind natürlich die bösen Deutschen schuld, auf die die üblichen Ausfälle zu machen der Verf. nicht unterlässt. Der von ihnen grosszügig betriebenen Propaganda der Rache wurde in England der Boden bereitet durch „ein paar erbitterte persönliche Feinde, von denen einige ihren Eintritt in die Laufbahn und einen grossen Teil ihres Erfolges seiner Grossmut verdankten". FINDER.

3) **S. Meyer** (Düsseldorf). **Ueber stenosierende pseudomembranöse Entzündung der Luftwege bei epidemischer Grippe.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 2. S. 38. 1919.*

Die bei der letzten Grippeepidemie von den patholog. Anatomen so häufig erhobenen Befunde von pseudomembranöser Entzündung des Larynx, der Trachea

und der Bronchien und die daran geknüpfte Vermutung, dass die Membranbildung besonders im Kindesalter zu schweren Erstickungserscheinungen, ja zum Tode durch Erstickung führen müsste, kann M. durch klinische Beobachtungen bestätigen bzw. ergänzen. Es wurden 15 hierher gehörige Fälle gesehen und zwar nicht nur bei jungen, sondern auch bei älteren Kindern, ja bei Erwachsenen.

Klinisch bot die Stenose ganz das Bild der Kehlkopfdiphtherie. Niemals wurde der Diphtheriebazillus gefunden, allerdings auch kein anderer einheitlicher Erreger. Alle Kranken stammten aus einer Grippeumgebung. Das Fieber war etwas höher als bei Diphtherie. Mit einer Ausnahme fanden sich niemals zusammenhängende Beläge, weder auf den Tonsillen noch auf dem weichen Gaumen noch auf der hinteren Rachenwand. Bei allen war die Nasenschleimhaut nur katarrhalisch affiziert, lieferte weder blutig-eiteriges Sekret noch war sie mit Membranen bedeckt. Bei 6 der 8 zur Sektion gekommenen Fälle fand sich Larynx, Trachea, Bronchien mit schmierigen Fibrinmembranen bedeckt, welche an der Unterlage fest hafteten und eine Verschorfung der Schleimhaut bis in die tieferen Schichten erkennen liessen. Bei den 7 geheilten Fällen fand sich die Vermutung einer ähnlichen nekrotisierenden Entzündung bestätigt, durch ein besonders charakteristisches, geballtes, schmieriges, fibrinreiches, eitriges Sputum, das in reichlicher Menge entleert wurde. Trotzdem lässt sich die Diagnose gegenüber der Diphtherie am Krankenbett nicht mir Sicherheit stellen.

Was die Therapie anlangt, so ist die Düsseldorfer Klinik für eine frühe aktive Therapie im Gegensatz zu Stettner.

Da die Differentialdiagnose zwischen Diphtherie und Grippe klinisch nicht zu stellen ist, wurde in allen Fällen Heilserum gegeben. Daneben physikalische Therapie, Dampfspray, Inhalationen usw.

Weiter wurde, wo die Indikation hierzu vorlag, tracheotomiert bzw. intubiert.

R. HOFFMANN.

4) **Coray** (Zürich). **Ueber croupartige Affektionen bei Influenza.** Aus der Univ.-Klinik Zürich. *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 15. 1919.*

Eine Besonderheit der heftigen Influenzaepidemie im Herbst 1918 war bei den Kindern die intensive Beteiligung des Kehlkopfes, welche unter alarmierenden Erscheinungeu des Pseudocroups auftrat und die kranken Kinder als Notfälle in den Spital lieferte. 18 Fälle dieser Art kamen zur Operation. Es liessen sich drei Gruppen deutlich unterscheiden: 1. Influenzacroup, Laryngotracheitis mit Bronchitis. Einer dieser 10 Fälle musste intubiert, einer intubiert und tracheotomiert werden.

2. Influenzacroup mit Pneumonia. 6 Fälle, wovon 5 starben. Zwei mussten intubiert, zwei intubiert und tracheotomiert werden.

3. Influenza mit diphtheritischem Croup. Zwei Fälle, beide intubiert, beide gestorben.

Beläge im Rachen und Kehlkopfeingang sprechen nicht unbedingt für Diphtherie. Differentialdiagnostisch wichtig ist das Verhalten der Körpertemperatur. Geringe Temperaturerhöhung, oder keine, spricht bei stenosierender Laryngitis für Diphtherie, hohes Fieber für Influenza.

Die Therapie bestand in Injektion von Diphtherieserum und Streptokokkenserum. Die Intubation sei trotz ihrer Schwierigkeit der Tracheotomie vorzuziehen gewesen.

JONQUIÈRE.

5) **Gerber** (Königsberg). **Ein Frühsymptom bei Erkrankungen der Aorta und des Herzens.** *Münchener med. Wochenschr. No. 22. S. 582. 1919.*

In einer grossen Anzahl von Fällen konnte Verf. als erstes Symptom eines Aortenaneurysmas unbestimmte Beschwerden im Hals und Rachen bei völlig negativem objektiven Befund feststellen. Zur Heiserkeit kam es nie (es handelte sich also nicht etwa um eine beginnende Rekurrenslähmung), dagegen hatten die Patienten, deren Alter zwischen 45 und 55 Jahren lag, meist das Gefühl einer ernstlichen Halserkrankung. Dies alles zu einer Zeit, in der intern gar nichts nachweisbar war, was auf Störungen im Bereich des Gefässsystems schliessen liess. Erst viel später traten dann die bekannten Symptome des Aneurysma zutage.

Gerber führt einige dieser lehrreichen Krankengeschichten an. In einer Minderzahl von Fällen kamen die genannten Erscheinungen auch als Frühsymptome eines vitium cordis vor.

Die Erklärung gibt Verf. damit, dass der Nervus recurrens nicht ausschliesslich motorische, sondern, vom Nervus laryngeus superior her, auch sensible Fasern erhält (Ramus communicans). Er betrachtet die von ihm beobachteten Parästhesien als sensible Reizungen des Rekurrens.

KOTZ.

6) **A. de Kleyn** und **W. Storm van Leeuwen. Ueber Störungen im Harnsäure-Stoffwechsel bei Patienten mit Asthma bronchiale und Rhinitis vasomotoria.** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. 1. Heft 4.*

Posthumus Meyes hat vor einigen Jahren darauf hingewiesen, dass bei einer Anzahl von Patienten, welche an Rhinitis vasomotoria leiden, Abweichungen im Harn gefunden wurden. Verf. haben im ganzen 12 an Asthma bzw. Rhinitis vasomotoria leidende Patienten untersucht; es wird eingehend der Gang der Untersuchung geschildert. Es stellte sich heraus, dass mit Ausnahme eines Patienten, der in dieser Beziehung als normal betrachtet werden musste, eines andern, der an Heufieber litt, und eines dritten, der eine eigentümliche Form von Asthma hatte, bei sämtlichen Patienten eine Abweichung in der Ausscheidung der Harnsäure festgestellt werden konnte. Von diesen Befunden ausgehende Behandlung von Asthmakranken mit purinfreier Diät und Atophan hatte keinen einwandfreien Erfolg. Viel günstiger waren die Resultate bei Rhinitis vasomotoria. Zwei Patienten, die an sehr heftiger Rhinitis vasomotoria litten, merkten beide nach Einhaltung einer purinfreien Diät eine deutliche Besserung, die jetzt schon ein paar Jahre anhält, obwohl von vollständiger Genesung, selbst nach wiederholter Verabreichung von Calcium keine Rede sein kann, eine noch deutlichere Besserung trat bei diesen Patienten nach Atophan ein. Bei anderen, nicht in diese Mitteilung aufgenommenen Rhinitis vasomotoria-Patienten wurde mit der Einhaltung von purinfreier Diät, meistens kombiniert mit Verabreichung von Calcium-Chlorid, in der Regel eine bedeutende Besserung, manchmal ein gänzliches Verschwinden der Beschwerden erzielt.

FINDER.

7) **C. v. Dziembowski** (Posen). **Die Pathogenese und Aetiologie des Asthma bronchiale.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 38. S. 903. 1918.*

Das Asthma bronchiale beruht auf einem Reizzustand des Vagus (Vagotonie) und entsteht auf dem Boden einer primären Organschwäche.

Bei Erwachsenen ist das Asthma bronchiale unheilbar, weil sich die letzte Ursache der Vagotonie die Hypoplasie des chromaffinen Gewebes nicht ausgleichen lässt. Dagegen kann es bei kleinen Kindern ganz ausheilen, da ein der Vagotonie zugrunde liegender Status lymphaticus in den Entwicklungsjahren schwinden kann. Sehr lesenswerte Arbeit (Ref.). R. HOFFMANN.

8) **Arent Besche** (Kristiania). **Konstitutionelle Ueberempfindlichkeit und Asthma bronchiale.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 38. S. 902. 1918.*

Verf. macht im Anschluss an eine eigene Beobachtung auf die Gefahren aufmerksam, die entstehen, wenn Diphtherie-Pferdeserum bei Menschen eingespritzt wird, die durch den Aufenthalt bei Pferden Asthma bzw. Schnupfen bekommen. Bei ihnen sieht man äusserst gefährliche Symptome bzw. Tod nach Injektion von Diphtherie-Pferdeserum.

Unter 31 Asthmatikern fand Verf. 11, welche an sogenanntem Pferdeasthma litten und auch sonst gegen den Schweiss usw., das Serum von Pferden (Hautreaktion) ausserordentlich empfindlich waren. Ein Patient bekam nach einer Mittagsmahlzeit einen Asthmaanfall. Es stellte sich heraus, dass er Würste gegessen hatte, in denen bei Präzipitatreaktion Pferdefleisch nachgewiesen wurde.

Von den 11 Asthmatikern bekamen einige ihr Asthma nur durch die Einwirkung vom Pferd, waren im übrigen frei von Asthma. Bei anderen unter diesen hatten ausser der Einwirkung vom Pferd auch Staub, Feuchtigkeit, Klima, Aufenthaltsort usw. den grössten Einfluss auf ihr Asthma. Einzelne dieser wussten selbst nichts davon, dass ein Pferd für sie irgendwelche Rolle spielte, nur eine besondere Probe enthüllte dies Verhältnis. Einzelne hatten nur in der Kindheit und der Jugend ihr Asthma vom Pferd, in späteren Jahren spielten Katarrhe, feuchtes und kaltes Wetter ebenfalls eine Rolle für sie. Einige, die an Pferdeasthma leiden, sind gleichzeitig Heuschnupfenpatienten. Noch eine Reihe anderer bemerkenswerter Einzelheiten ergab sich bei diesen Untersuchungen, bezüglich derer auf das Original verwiesen sei. R. HOFFMANN.

9) **Grumme** (Fohrde). **Zur Heilwirkung des Jods beim Asthma bronchiale.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. S. 188. 1919.*

Verf. berichtet über den weiteren Verlauf eines Falles, den er in dieser Wochenschrift mitgeteilt hat (s. dieses Zentralblatt 1916, S. 328). Der betreffende Asthmatiker nahm von Ende 1914 bis Ende 1915 660 Tabletten Jodtropon zu 0,25 Jod und blieb von Beginn der Kur bis gegen Ende des Jahres 1918 von asthmatischen Anfällen frei, während derselbe neuerdings wieder an einigen, bisher leichteren Anfällen leidet. Verf. erklärt die günstige Wirkung des Jods dadurch, dass durch dasselbe die Schilddrüse zu erhöhter Tätigkeit angeregt wird. Erhöhte Tätigkeit der Schilddrüse aktiviert die Nebennieren, da Nebennieren und

Schilddrüse innersekretorische Synergeten sind (Bingel). Durch Aktivierung der Nebennieren wird der Hypotonie des Sympathikus und als Folge derselben der Hypertonie des Vagus (der Vagotonie) entgegen gewirkt. Auf letzterer beruht aber nach Dziembowski (s. die Ref. in diesem Zentralblatt) das Asthma.

R. HOFFMANN.

10) **Ochsenius** (Chemnitz). **Zur Behandlung der Lymphadenitis acuta im Kindesalter.** *Münchener med. Wochenschr. No. 13. S. 356.*

Für die konservative Behandlung ist die Wärme das souveräne Mittel. Sie wird am besten angewandt in Form von Breiumschlägen (3 mal täglich mindestens eine Stunde lang), kombiniert mit Jodsalbe. Kommt es trotzdem zur Abszessbildung, warte man, bis der Eiterherd scharf umschrieben ist, komme aber dem Spontandurchbruch zuvor. Grosse Schnitte sind völlig überflüssig. Nach jeder Richtung hin, besonders auch in kosmetischer Hinsicht, bewährte sich die Stichinzision mit angeschlossenem Saugverfahren am besten.

KOTZ.

11) **Cousteau** und **Menier. Ein neues Verfahren für die allgemeine Anästhesie bei Gesichtsoperationen. (Nouveau procédé d'anaesthésie générale dans les opérations de la face.)** *L'oto-rhino-laryng. internat. Jan. 1919. S. 16.*

Um die Unannehmlichkeiten, welche bei grösseren Eingriffen im Bereiche des Kopfes und Halses für den Operateur sowohl als den Narkotiseur resultieren, zu umgehen und auch die Nachteile der Lokalanästhesie zu vermeiden, haben Cousteau und Menier in entsprechenden Fällen das Verfahren der Allgemeinnarkose unter Einverleibung des Narkotikums durch das Rektum benutzt. Sie folgten dabei genau den Vorschriften, wie sie von dem amerikanischen Militärarzt Gwathmey angegeben worden sind.

Es benutzt dieser als Narkotikum eine Mischung aus Olivenöl und Aether und zwar für Erwachsene im Verhältnis von 1:3, für Kinder 1:1. Dabei sollen nie mehr wie 240 ccm verabreicht werden. Der Darm ist 12 Stunden vor der Operation möglichst zu entleeren und ist es sehr wichtig, dass der Darm weder Luft noch Flüssigkeit enthält. Die Eingiessung erfolgt in Sims'scher Seitenlage, $^1/_2$ Stunde vor der Operation mittels eines Kautschukrohres (Nr. 25 Charrière) und soll mit einer Geschwindigkeit von etwa 30 ccm Flüssigkeit pro Minute geschehen. Nach Ablaufen von etwa 195 ccm und 15 Minuten Dauer ist der Schlaf tief.

Nach Beendigung der Operation erfolgt Ausspülung des Rektums mittels 500 g Wasser von Körperwärme, nachher Einlauf von 30—40 g Oel und leichtes Ausstreichen des Kolons von rechts nach links. Ueble Zufälle wurden bisher nie beobachtet.

SCHLITTLER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

12) **Barrand** (Lausanne). **Angeborener Verschluss der Choanen. (Occlusion congénitale des choanes.)** *Revue méd. de la Suisse romande. No. 6. 1919.*

Verf. führt nach neuen Forschungsergebnissen die Atresie der Choanen zurück auf die Persistenz des fötal primordialen Gaumensegels, das die Rachenhöhle

nach oben abschliesst, aber in der Folge nur sehr unvollständig resorbiert wird, so dass die Verbindung zwischen Nase und Mund mehr oder weniger verschlossen bleibt, worüber das Nähere in der Originalarbeit nachzusehen ist.

Die Choanenverschlüsse kommen bekanntlich knöchern, und zwar oft sehr dickknöchern, knorplig, oder auch nur häutig vor. Die Operation wird je nachdem mit Hammer und Meissel, oder mit der Trephine, nach Spiess, durchgeführt. Die künstliche Oeffnung, welche starke Wiederschliessungstendenz hat, muss mit Schneidezangen möglichst erweitert und lange Zeit, oft monatelang, mit Geduld z. B. durch Nélatonkatheter oder auf andere Weise in ihrer Erweiterung künstlich erhalten werden. Während der Operation muss immer ein Finger im Nasenrachenraum Kontrolle üben oder eine Tamponade Verletzungen in dem gefährlichen Hintergrund verhüten! Vor der Operation müssen allfällige Polypen, Septumverkrümmungen und Nebenhöhlenempyeme gründlich beseitigt werden.

Verf. beschreibt die Operation bei zwei Kindern, von denen eines 13 Jahre, das andere nur 3 Tage alt war und natürlich nicht saugen konnte. Beide Operationen führten zu genügender Nasenatmung, Nasenfunktion und, bei der Kleinen, zur richtigen Ernährungsmöglichkeit.

JONQUIÈRE.

13) **Karl Eskuchen** (München). **Die aktive Immunisierung gegen Heufieber.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. S. 182. 1919.*

Die aktive Immunisierung geschieht mittels subkutaner Injektion steigender Dosen von Pollentoxin und ist nach Verf. die bei weitem erfolgreichste und bisher theoretisch am besten fundierte Therapie des Heufiebers. Vollständige Heilung ist zwar auch durch diese Behandlung nicht zu erreichen, wohl aber weitgehende Besserung. Völlige Versager bilden eine grosse Ausnahme. Voraussetzung für einen Erfolg sind genaue Vertrautheit mit dem Wesen der Therapie und eine einwandfreie Technik. Zur Unterstützung kann Chlorkalzium herangezogen werden.

R. HOFFMAMN.

14) **Karl Kautsky. Heuschnupfenfragen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 25. 1919.*

Auf Grund langjähriger Selbstbeobachtung kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Zur Auslösung des Heuschnupfenanfalls gehört ein ganzer Komplex notwendiger Vorbedingungen. Die wichtigste von ihnen ist ein familiär-konstitutioneller Faktor, der in unserem Falle nicht nachweisbar mit anderen degenerativen Stigmata verknüpft ist, abgesehen von einer gutartigen Myopie. Die Disposition des Heuschnupfers ist abhängig von einer Reihe von Faktoren, die die Erregbarkeit seines Nervensystems beeinflussen: 1. der Ernährung, 2. dem geographisch-klimatischen Milieu, 3. der Jahreszeit, 4. der Tageszeit. Bei allen vier Faktoren finden wir gleichsinnige Veränderungen der alveolären Kohlensäurespannung, des Indikators für die Erregbarkeit des Atemzentrums.

Ist die Reizschwelle niedrig, so kann der Reiz wirken. Dieser besteht aus zwei Komponenten:

1. Den spezifischen artfremden Eiweisskörpern, die gelegentlich unter besonders günstigen Umständen durch unspezifische wohl lediglich mechanisch reizende feine Fremdkörper ersetzt werden können; bei ihrem Abbau entstehen

wahrscheinlich photochemisch aktive Substanzen, die den Körper sensibilisieren für die Einwirkung des zweiten Faktors.

2) Des Sonnenlichts.

HANSZEL.

15) **Hans Key-Aberg. Ueber ältere und neuere Untersuchungen über Ozaena.** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. 1. H. 4.*

Verf. gibt eine historische Darstellung der seit B. Fränkel's Darstellung im Jahre 1876 über die Ozaena aufgestellten Theorien. Für sehr bedeutsam hält er die durch Perez' bakteriologische Entdeckung inspirierten Hofer-Koflerschen Versuche und vielversprechend die auf ihren bakteriologischen Resultaten fussende Vakzinetherapie.

FINDER.

16) **Franz Bruck** (Berlin-Schöneberg). **Zur Therapie der genuinen Ozaena.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. S. 190. 1919.*

B. verweist im Anschluss an die von Wittmaack angegebene operative Behandlung der Ozaena (s. d. Zentralblatt) auf sein Verfahren der permanenten trocknen Mullstreifentamponade bei derselben, wodurch abgesehen von jeder Therapie trotzenden Fällen bei konsequenter Anwendung Borkenbildung und Fötor dauernd verhütet werden.

R. HOFFMANN.

17) **R. Cassul** (Berlin). **Zur Behandlung der genuinen Ozaena mit Eukupin.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 11. S. 297. 1919.*

Verf. empfiehlt erneut die Behandlung der Ozaena mit Eukupin (siehe d. Ref. i. d. Zentralblatt). Da bei manchen Patienten leicht Niesreiz und Kitzeln beim Einführen der Salbe in die Nase entsteht, hat er der jetzt 3proz. Salbe anästhesierende und desodorierende Substanzen hinzusetzen lassen (Gasozän: Apotheker Ignaz Hadra, Berlin). Nach Entfernung aller Borken aus der Nase, Stillung etwa dabei entstehender Blutung durch H_2O_2 wird in jede Nase an 20—30 Tagen täglich je ein in die Salbe eingetauchter Wattetampon am besten mit Gottsteinstäbchen eingeführt. Der Tampon bleibt 30 Minuten liegen. Nach 2—6 Monaten ist Wiederholung notwendig, wenn Rezidive auftreten. Dann genügen etwa 10 Tamponaden, um Fötor und Borkenbildung auf weitere 6—8 Monate zu beseitigen. Verf. fordert zur Nachprüfung auf.

R. HOFFMANN.

18) **Hakan Nordlund. Ein Fall von Encephalocele sincipetalis.** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. 1. Heft 4.*

Man unterscheidet bekanntlich drei Formen der vorderen (sinzipitalen im Gegensatz zur hinteren, okzipitalen) Enzephalozele: Die nasofrontale, nasoethmoidale und nasoorbitale. Der Fall des Verfs. betrifft ein $1^1/_2$ Jahre altes Mädchen; von Geburt an Auftreibung im Gebiete der Nasenwurzel, in der Gegend der Nasenbeine und im rechten medialen Augenwinkel. Der rechte Augapfel nach aussen gedrängt. Der Tumor im inneren Augenwinkel prall elastisch. Rhinoscopia anterior: Beide Nasenhöhlen verengert, die rechte völlig verstopft. Röntgenaufnahme (Wiedergabe derselben auf Tafel). Punktion ergab aus dem gegen die Augenhöhle vorgeschobenen Teil des Tumors 3—4 ccm beinahe klarer gelblicher Flüssigkeit;

der Tumor kollabierte, um sich nach 5 Minuten wieder zu seiner vorigen Spannung zu füllen. Operation: Bogenförmiger Schnitt wie zur Killian'schen Operation, Trepanation im oberen Teil der Nasenbeine, wobei ein Tumor zum Vorschein kam, der sich als Enzephalozele, bestehend aus dem ganzen Frontallappen des Zerebrum erwies; in den hinteren Partien der medialen Wand der rechten Augenhöhle konnte man eine Knochenusur, durch welche Hirnhäute in die Orbita medianwärts vom Augapfel sich hineinwölbten, feststellen. Diese Häute bildeten einen nach innen offenen Sack, der in das Operationsgebiet hineingezogen und abgeschnürt wurde. Da hinsichtlich Reponierens oder Wegschaffens des Hirnbruchs nichts gemacht werden konnte, wurde die Operationswunde primär verschlossen. Normaler Heilungsverlauf. Durch die Operation war der Zustand des Mädchens insofern verschlechtert, als jetzt das Gehirn direkt unter der Haut ohne jeden Schutz durch Knochengewebe allen Gefahren der Infektion ausgesetzt ist.

FINDER.

19) **Eugen Fränkel** (Hamburg). **Ueber Erkrankungen der Nasennebenhöhlen bei Influenza.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 4. S. 90. 1918.*

F. fand unter 60 obduzierten Fällen die Nebenhöhlen nur in 16 Fällen intakt, d. h. also sie waren in 75pCt. bei Influenza erkrankt. Es wurden sowohl eichtere wie schwerere Erkrankungen des Lungenparenchyms für die Untersuchungen herangezogen. Am häufigsten war die Keilbeinhöhle erkrankt, sie war 12 mal isoliert, 15 mal gleichzeitig mit einer oder beiden Kieferhöhlen, 8 mal unter Mitbeteiligung der Stirn- und Kieferhöhlen erkrankt. Dieser Höhle folgt in der Häufigkeit die Kieferhöhle. Sie wurde 8 mal isoliert erkrankt angetroffen, während die Stirnhöhle nur einmal affiziert war.

Was die Art der Erkrankung der Nebenhöhlen anlangt, so handelt es sich ausschliesslich um exsudative Vorgänge und zwar überwiegend hämorrhagischer Natur. Nur wenig seltener waren eitrige Ergüsse. Wesentlich seltener war die Ausscheidung mehr seröser Art, verschwindend selten wurde ein schleimiger Inhalt angetroffen. Gelegentlich kann in den erkrankten Höhlen jede Flüssigkeitsansammlung fehlen und nur die Schleimhaut ist verändert.

Bakteriologisch wurde in 5 Fällen der Influenzabazillus in Reinkultur gefunden, in den übrigen Fällen war derselbe mit anderen Bakterien vergesellschaftet, unter denen pyogene Streptokokken und Friedländer-Bazillen am häufigsten wiederkehrten. Der Influenzabazillus kann sowohl rein hämorrhagische als rein eitrige Exsudate erzeugen.

Die Nebenhöhlen können schon in den allerersten Tagen der Grippe schwer in Mitleidenschaft gezogen werden, andererseits können sie trotz längerer Dauer des Grundleidens intakt bleiben, auch wenn dieses zum Tode führt.

Unter den bei uns heimischen Infektionskrankheiten ist keine, die mit annähernd gleicher Häufigkeit zu einer Erkrankung der Nebenhöhlen Veranlassung gibt als die Grippe.

Bei dem seinen Untersuchungen zu Grunde liegenden Material vermag F. keinerlei Angaben über etwaige auf eine Erkrankung der Nebenhöhlen hinweisende Symptome zu machen.

Auch bei den von ihm klinisch behandelten Grippefällen fanden sich keine Erscheinungen, welche mit Sicherheit auf eine Erkrankung der Nasennebenhöhlen hingewiesen hätten, was aber nach F. nicht ausschliesst, dass bei diesen Fällen Erkrankungen der Nebenhöhlen vorhanden gewesen sind, nachdem anatomisch nachgewiesen ist, dass in 75 pCt. von Influenza Beteiligung der Nebenhöhlen vorkommt.

Mit dem Rückgang des Entzündungsprozesses, der die Luftwege vom Kehlkopf an abwärts betrifft, schwindet dieser auch an der Auskleidung der Nasennebenhöhlen.

So erklärt sich, dass bei dem Gros der Fälle mit einer Erkrankung der Nebenhöhlen zusammenhängende Erscheinungen unter der Schwere der allgemeinen Symptome des betreffenden Patienten gar nicht zum Bewusstsein kommen und mit dem Abklingen der letzteren gleichfalls schwinden. Man braucht deshalb am Krankenbett der Nase und ihren Nebenhöhlen bei Grippekranken besondere Aufmerksamkeit nicht zuzuwenden. Das kommt erst in Frage, wenn subjektive und objektive Erscheinungen, wie Schmerzen oder Temperatursteigerungen aus sonst unaufgeklärter Ursache, den Verdacht auf Mitbeteiligung der Nebenhöhlen erwecken.

Ein einfaches oder hämorrhagisches Oedem der Auskleidung braucht ebensowenig Symptome zu machen, wie die Ansammlung geringer Mengen Exsudates in einer der Nebenhöhlen.

R. HOFFMANN.

20) **W. Schilperpoort. Siebbeineiterung bei Scharlach. (Purulent ethmoiditis in scarlatina.)** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. 1. H. 4.*

Mitteilung von 3 Fällen. Allen gemeinsam ist, dass im vorgerückten Stadium eines schweren Scharlachs eine Siebbeineiterung auftritt mit Schwellung an der medialen Orbitalwand. Diese Fälle waren die einzigen, die unter 450 Scharlachfällen zur Beobachtung gelangten. In dem ersten Fall kam sowohl die Nebenhöhleneiterung wie die Orbitalphlegmone spontan zur Heilung, in den beiden andern bildete sich ein periostaler Abszess, der eröffnet werden musste. In allen drei Fällen war das Siebbeinempyem nicht geschlossen, sondern offen, nur der Eiter hatte freien Abfluss durch die Nase. Nach Ansicht der Verff. führt wahrscheinlich die schwere tiefe Entzündung des Muko-Periosts, welches die Siebbeinhöhle auskleidet, zur Thrombose der Venen, welche durch die Lamina papyracea gehen, und führt zu Periostitis der Orbita.

FINDER.

21) **Affolter** (Zürich). **Die temporäre Resektion der Nasenscheidewand bei intranasaler Tränensackeperation (intranasale Tränensackexstirpation).** Aus der otolaryngol. Poliklinik der Univ. Zürich (Prof. Nager). *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 4. 1909.*

Diese Operation geschieht transseptal nach den Regeln der Septumresektionen wegen Verkrümmungen, und zwar von der gesunden Seite ausgehend. Der Spielraum wird dadurch nach dem Tränensack hin viel grösser als cisseptal. Dabei kommt der Tränensack frei ins Gesichtsfeld und kann leicht herausgelöst werden. Zuletzt wird das Septum restituiert und dessen abgelöste Schleimhautlappen

werden durch Tamponade auf demselben befestigt. Während der Operation wird ein Silberröhrchen im Tränenkanal gehalten. Die Anästhesie geschieht lokal. Für die Injektionen genügen 10—15 ccm einer halbprozentigen Kokainadrenalinlösung. Der Tränenkanal wird mit 10proz. Kokainadrenalinlösung durchgespritzt. Die Erfolge dieser neuen Operation seien vorzügliche. Das Septum heilt stets ohne Perforation.

JONQUIÈRE.

22) **West** (Berlin). **Weitere Bemerkungen zu Dr. Halle's Aufsatz in No. 11 der Berliner klinischen Wochenschrift und zu seiner Erwiderung.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 37. S. 882. 1918.*

Polemik gegen Halle.

R. HOFFMANN.

23) **Halle** (Charlottenburg). **Letztes Wort zu West's „Weitere Bemerkungen usw."** *Berliner klin. Wochenschr. No. 37. S. 882. 1918.*

Erwiderung Halle's auf die Polemik West's.

R. HOFFMANN.

24) **Bernhard Derksen. Beitrag zur Kasuistik der operativ behandelten malignen Oberkiefertumoren.** *Diss. Bonn 1918.*

Ueberblick über 10 Fälle von Karzinom und 7 Fälle von Sarkom verschiedenen histologischen Charakters aus der chirurgischen Klinik Bonn. Die Karzinome endeten sämtlich letal, soweit sie genügend lang beobachtet waren, bei den Sarkomen wurde Heilung in 2 Fällen noch nach $8^1/_2$ und nach 5 Jahren beobachtet.

DREYFUSS.

25) **G. Holmgren. Fall von Rhinolith. (Cas de rhinolite.)** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. 1. H. 4.*

22jähriges Mädchen, seit Kindheit eitriger Ausfluss aus der rechten Nase. Die rechte Nasenhälfte ausgefüllt von einem haselnussgrossen in Granulationen eingebetteten Rhinolithen, als dessen Kern sich ein Wattetampon ergab.

FINDER.

26) **Ciro Caldera. Ein sehr seltener Fremdkörper der Nase. (Rarissimo caso di corpo estraneo nel naso.)** *Arch. ital. di otologia. H. 1. 1919.*

21jähriger Bauer, hatte im Alter von 16 Jahren von einem Stier einen Stoss mit dem Horn in den Mund erhalten und zwar gegen den linken Processus alveolaris des Oberkiefers in Höhe des Eckzahns. Heftige Blutung, es fehlte der Eckzahn. In der Folge mehrmals Zahnfleischabszesse in Höhe der Zahnlücke; nach Eröffnung wurden Knochensplitter mit dem Eiter entfernt. Klagt über Schmerzen in der linken Gesichtsseite und Ausfluss aus der Nase. Man findet den Eckzahn von Granulationen umgeben eingekeilt im Nasenboden unterhalb der unteren Muschel. Entfernung. Heilung.

FINDER.

27) **C. E. Benjamins** (Utrecht). **Paraffinprothese in einem Fall von starker Deformation nach Radikaloperation der Stirnhöhle. (Application prothétique de paraffine dans un cas de forte déformation après opération radicale du sinus frontal.)** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. 1. H. 4.*

Starke Deformation nach beiderseitiger Radikaloperation nach Killian. Es

wurden nach vorhergehender Ablösung der Haut rechts ein paar zurechtgeschnittene Paraffinblöcke eingeschoben, links Paraffin eingespritzt. Der kosmetische Effekt war rechts ungleich besser als links; es wurde hier im Laufe von 10 Monaten noch verschiedentlich Paraffin eingespritzt. Das Endresultat war ein befriedigendes. Es entstand die Frage, ob Pat., der in Indien lebte, aus diesem Grunde für die Paraffinbehandlung geeignet war. Nach einer früheren Erfahrung glaubt Verf. dies bejahen zu können. Auf einer Röntgenaufnahme war die grosse Paraffinmenge nicht sichtbar. Da es Schwierigkeiten machte, brauchbares Paraffin von 54—55° C zu erhalten, auch das Stein'sche Paraffin-Vaselingemisch den Anforderungen nicht genügte, so benutzte Verf. Cerasin.

Schliesslich erwähnt Verf. noch eine Verbesserung, die er an der Brüningsschen Paraffinspritze angebracht hat und die darin besteht, dass um dieselbe ein dünner Kupfermantel gelegt ist, zwischen dem und der Spritze ein schmaler Zwischenraum ist; dieser wird mit flüssigem Paraffin gefüllt. Nachdem die Spritze mit festem Paraffin gefüllt ist, wird sie einen Moment in Wasser von 40° getaucht; die Temperatur der Spritze bleibt jetzt lange konstant, so dass man sich mit der Einspritzung nicht zu beeilen braucht aus Furcht, dass das Paraffin zu schnell erhärtet.

FINDER.

28) **Victor v. Hacker** (Graz). **Ersatz der Nasenspitze unter Verwendung eines ungestielten Hautlappens.** *Zentralbl. f. Chir. No. 26. 1919.*

Dem Pat. war von einem Pferd die Nasenspitze abgebissen worden; er kam mit noch granulierender Wunde zur Operation. Abgesehen von dem Defekt der Haut der eigentlichen Nasenspitze war besonders der beiderseitige den Uebergang der Umrandung des Septums in die Umrandung der inneren Teile des Nasenflügels betreffende Defekt auffallend. Es wurde auf jeder Seite aus der Bedeckung des Septums ein dem Defekt entsprechender unter der Stelle, wo der Defekt spitzwinklig am Septum endete, gestielter und dann schräg gegen die Innenfläche des betreffenden Nasenflügels aufsteigender rechtwinkliger Lappen gebildet und nach abwärts verschoben, um die Umrandung des Nasenflügels und Septums zu bilden. Er wurde an den angefrischten Defekt so angenäht, dass sein innerer schmaler Wundrand nach vorn zu sich an den granulierenden Nasenspitzendefekt anschloss. Auf diese Wundfläche wurde nach 10 Tagen ein ungestielter, aus der Oberarmhaut nach Thiersch gebildeter scheibenförmiger Hautlappen von 2 cm Durchmesser nach leichtem Abschieben der Granulationen aufgepflanzt und mit einigen Nähten fixiert, der primär anheilte.

FINDER.

29) **F. Köhler. Das Nasenbad in Hygiene und Therapie.** *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. 41. H. 3/4. 1919.*

Das Nasenbad hat die Aufgabe, die physiologische Selbstreinigung des Nasenfilters durch sachgemässe Schleimhautpflege zu unterstützen, zu fördern und zu erleichtern bzw. ihr zuvorzukommen. Am besten erfüllt diese Aufgabe das Lissauer'sche Nasenbad (Deutsche med. Wochenschr., 1911, Nr. 47), das ein Nasenbad ohne jeden Druck darstellt, ein Verweilbad, in dem die Nase ruht. Das Nasenbad ist erhältlich bei Kopp & Joseph, Berlin.

FINDER.

c) Mundrachenhöhle.

30) **Hans Gertz. Ein kritischer Versuch betreffend die Theorie des elektrischen Geschmacks. (Une expérience critique relative à la théorie du gout électrique.)** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. 1. H. 4.*

Während die Wirkung des konstanten Stromes auf den Geschmack bekannt ist, liegen über die Wirkung des unterbrochenen Stromes keine Mitteilungen vor. Verf. beschreibt eine Versuchsanordnung, mittels deren er dahin zielende Versuche an sich selbst vorgenommen hat. Das Resultat wird in Tabellen und Kurven dargestellt.

FINDER.

31) **C. E. Benjamins** (Utrecht). **Untersuchungen über „Entamoeba buccalis" in Pharyngologie und Rhinologie. (Ricerche sulla „Entamoeba buccalis" in faringologia e in rinologia.)** *Arch. ital. di otologia. H. 2. 1919.*

Im Jahre 1914 erschien eine Arbeit von Barrett und Smith (The dental Cosmos, Aug. 1914), in der auf die pathogenetische Bedeutung der Entamoeba buccalis für die Entstehung der Pyorrhoea alveolaris hingewiesen wurde. Howe (Med. Record, Okt. 1915) beschrieb das Vorkommen der Amöbe bei Koryza; Evan, Middleton und Smith (Amer. Journ. of med. science, Febr. 1916) ihr Vorkommen in den Tonsillen bei 97pCt. der von ihnen untersuchten Kropfpatienten.

Verf. gibt zunächst eine Beschreibung der Amöbe und der Methode ihres Nachweises. In 41 Fällen von Pyorrhoe hat er nur in 6 die Amöbe nicht gefunden. Auch in einer beträchtlichen Anzahl von pyorrhoefreien Individuen und mit gesunden Zähnen fanden sich Amöben, und zwar bei Erwachsenen viel häufiger als bei Jugendlichen. In 64 gesunden und kranken Tonsillen fanden sie sich nicht. Verf. ist auf Grund seiner Untersuchungen nicht geneigt, der Entamoeba buccalis eine besondere Bedeutung für die Erkrankungen der Nase und des Rachens zuzuschreiben.

FINDER.

32) **F. Lasagna. Ueber „Lupus vulgaris pharyngis". (Del „Lupus vulgaris pharyngis".)** *Arch. ital. di Otologia. H. 5. 1919.*

Bericht über einen Fall von primärem Lupus des Pharynx bei einem 61jährigen Mann, der sich durch folgende Punkte auszeichnete: Sehr langsamer Verlauf, multiple Herde, serpiginöse Form der Ausbreitung; Narbenbildung; unregelmässige Oberfläche der Läsionen, Fehlen von Kongestion um die Herde; Fehlen von Schmerzen; guter Allgemeinzustand.

FINDER.

33) **B. Fischer** (Frankfurt a. M.). **Bemerkungen zu der Arbeit des Herrn Dr. F. Wachter über „Die Tonsillen und ihre Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen . . ."** *Zentralbl. f. innere Med. No. 25. 1919.*

Die Wachter'sche Arbeit ist referiert im Centralblatt, 1919, S. 102. Verf., Direktor des Senkenbergischen Pathologischen Instituts, stellt fest, dass in dem betreffenden Fall sowohl die Tonsillen wie auch die Sinus der Hirnbasis nachgesehen und frei von pathologischen Veränderungen befunden, also auch in der

anatomischen Diagnose nicht erwähnt wurden. „Eine mikroskopische Untersuchung der Tonsillen erschien überflüssig, da der Fall völlig klar war. Es handelte sich um eine Streptokokkensepsis nach Angina, bei der es zu einer entzündlichen Infiltration der Meningen gekommen war, die aber makroskopisch als Meningitis noch nicht zu erkennen war. Derartige Mitbeteiligungen der Meningen kommen bei schweren septischen Allgemeinerkrankungen bekanntlich nicht sehr selten vor".

FINDER.

34) **Otto Sachs. Behandlung der Angina necrotica (Plaut-Vincent), Angina lacunaris, sowie einige Formen von Stomatitis mit intravenösen Injektionen einer 40proz. sterilen Urotropinlösung.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 24. 1919.*

Verf. hat 32 Fälle von Angina nach seiner Methode behandelt, darunter elf Fälle von Angina Vincenti. Der Erfolg war in fast allen Fällen ein sehr guter. Der Vorteil der intravenösen Methode liegt in der Abkürzung der Behandlungsdauer im Vergleich mit den bisher geübten Methoden. Das Medikament wird so am raschesten in die Blutbahn gebracht und zweitens erfolgt eine Durchfeuchtung des ganzen Gewebes der Tonsille mit dem Hexamethylentetramin und Formaldehyd. Das abgespaltene Formaldehyd gelangt von innen her in alle Nischen, in das Parenchym und auch an die Oberfläche. Schering (Berlin) hat das Urotropin in 40proz. steriler Lösung gebrauchsfertig in Flaschen dargestellt; die Firma liefert ferner ein methylen-zitronensaures Urotropin (Neu-Urotropin), das auch in alkalischer Flüssigkeit Formaldehyd abspaltet, was in therapeutischer Hinsicht einen Vorteil bedeutet. Die Einzeldosis Urotropin beträgt 4 g, steigt auf 6, 8 bis 10 g; Kinder vertragen Anfangsdosis von 4—6 g anstandslos. Die zur Behandlung nötige Gesamtdosis schwankt von 4 g bis 38 g, bezw. 48 g Neu-Urotropin.

HÀNSZEL.

35) **G. Killian. Ueber Angina und Folgezustände.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 7. S. 169. 1919.*

Die wertvolle Arbeit beruht auf scharfer, objektiver Beobachtung und steht in wohltuendem Gegensatz zu den vielen, zum Teil phantastischen Abhandlungen der letzten Jahre über die Mandeln. Ihre Lektüre im Original kann wärmstens empfohlen werden.

R. HOFFMANN.

36) **D. Giorgacopulo** (Bonn). **Seltene Formen schwerster Halsentzündung mit tödlichem Ausgang.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 10. S. 264. 1919.*

Fall I. Primäres Erysipel des Rachens. Exitus durch Pneumonie, ob einer wirklichen oder einem Erysipel der Bronchiolen und Alveolen, nicht feststellbar.

Fall II. Angina gangraenosa. Tod durch Sepsis.

Fall III. Schwere Diphtherie der Rachenorgane und Luftwege bis in die kleineren Bronchien. 4 Tage nach Beginn Exitus durch Pneumonie in beiden Lungen.

Alle Fälle zeichnen sich durch ihre besondere Schwere aus. Bezüglich der Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

R. HOFFMANN.

37) **H. S. Gabbet. Ein plötzlicher Tod in Narkose wegen Enukleation der Mandeln. (A sudden death under an anaesthetic for the enucleation of tonsils.)** *Brit. med. journ. 14., 21., 28. Juni 1919.*

Unter diesem Titel veröffentlicht G. eine kurze Notiz, in der über den Tod eines kräftigen jungen Mädchens in Narkose mit Chloroformäthergemisch wegen Tonsillektomie berichtet wird. Er wirft die Frage auf, ob — da bereits eine Anzahl von Todesfällen berichtet ist — der Operation der Tonsillenenukleation eine besondere Gefahr innewohnt und ob die leichte mittels eines Junker'schen Apparates herbeigeführte Chloroformnarkose, wenn der Mund weit geöffnet ist, eine Quelle der Gefahr darstellt, da bei leichter Chloroformnarkose Vorhofflimmern vorkommen soll.

An diese Notiz schliesst sich im Brit. Med. Journal eine Reihe von Einsendungen, in denen verschiedene Laryngologen und Anästhetiker zu den von G. aufgeworfenen Fragen Stellung nehmen. Die Aeusserungen einiger von ihnen seien kurz wiedergegeben:

Herbert Tilley hat 11 Todesfälle in eigener und fremder Praxis bei Anwendung von Chloroform oder einer Chloroform enthaltenden Mischung gesehen; er wendet daher die „offene" Aethernarkose, d. h. Aufträufeln des Aethers auf Gazelagen nach vorhergehender Atropininjektion an und hat in 575 Fällen keinen Todesfall und nur 2 Nachblutungen gesehen.

Auch Felix Rood rühmt die „offene" Aethernarkose gegenüber der Chloroformnarkose.

George E. Waugh hat bei 18000 (! Ref.) Patienten die Tonsillektomie in tiefer Chloroformnarkose mittels des nur Chloroform enthaltenden Junker'schen Apparates gemacht und keinen Todesfall gesehen. Bei jeder tiefen Chloroformnarkose muss aber erst die gefährliche Zone der leichten Narkose durchschnitten werden. Er verwendet daher in den letzten 18 Monaten auch die „offene" Aethermethode.

Auch P. Watson Williams und Arthur L. Flemming sprechen sich für die „offene" Aethernarkose aus. Es gibt Gefahren, die den Operationen an den oberen Luftwegen eigentümlich sind. Durch exzessive Reizung des Nasopharynx wird ein hemmender Einfluss auf das Herz ausgeübt, was sie zurückführen auf Verbindungen in der Medulla zwischen der Substantia gelatinosa Rolandi und dem motorischen Vaguskern. Sie empfehlen daher, vor der Narkose den Nasenrachenraum mit einer schwachen Kokainlösung auszusprayen. Subkutane Verabfolgung einer kleinen Atropindosis vermindert die Schleimsekretion und die Reizung der Vagusendigungen.

FINDER.

38) **H. Lawson Whale. Ein ungewöhnlicher Fall von Blutung bei Tonsillektomie. (An unusual case of haemorrhage from tonsillectomy.)** *Brit. med. journ. 24. Mai 1919.*

Als die obere Hälfte der rechten Tonsille aus ihrem Bett losgelöst war, entstand eine sehr heftige Blutung. Das Blut quoll aus der Tiefe der Fossa empor von einer Stelle, die völlig durch den vorderen Gaumenbogen verdeckt war. Der Farbe nach war das Blut arteriell; Pulsation war nicht sichtbar, wahrscheinlich

wegen der tiefen Lage der blutenden Stelle. Mittels Arterienklemme war das Gefäss nicht zu fassen. Zusammennähung der Gaumenbögen, Anlegung einer Cullum'schen Klammer hatten nur vorübergehend Erfolg; es musste schliesslich die Art. carotis externa an der Abgangsstelle unterbunden werden.

Aus folgenden Gründen glaubt Verf. an eine abnorme Blutversorgung der Tonsille in diesem Falle:

1. Die Art. carotis communis hatte eine hohe Bifurkation — etwas über dem Niveau des Zungenbeins — und es konnte keine Art. thyreoidea sup. gesehen werden. Es war daher wahrscheinlich, dass auch andere Abnormitäten im Verlauf der Arterien bestanden.

2. Verschluss der Carotis externa brachte die Blutung fast ganz, aber für den Moment nicht absolut zum Stillstand. Deswegen wurde das mögliche Vorhandensein eines Tonsillarastes aus der Carotis interna vermutet und es wurde daher vorsichtshalber eine lockere Ligatur um die Carotis communis gelegt, um sie nötigenfalls zu knüpfen. Da die Blutung jedoch nach wenigen Minuten aufhörte, so erwies sich dies als unnötig.

FINDER.

d I) Kehlkopf und Luftröhre.

39) **J. Dorn. Ein Fall von rezidivierter intralaryngealer Struma, zugleich ein Beitrag zur Pathogenese dieser Tumoren.** *Bruns' Beiträge zur klinischen Chir. Bd. 115. H. 1. 1919.*

32jähriger Landwirt, seit der Pubertätszeit Struma, die im letzten Jahre vor der Aufnahme in die Klinik rascher anfing zu wachsen und seitdem Heiserkeit infolge rechtsseitiger Rekurrenslähmung und Atembeschwerden infolge Verdrängung der Trachea. Bei der Hemistrumektomie zeigte sich nun, dass die medialsten Teile des stark vergrösserten und kolloid entarteten rechten Schilddrüsenlappens fest an der Trachea bzw. der rechten Hälfte des Lig. crico-thyreoideum fixiert waren und nach Abtragung des ganzen rechten Lappens sah man, dass das Strumagewebe in das rechte Lig. crico-thyreoideum eingedrungen war. Indem man es mit dem scharfen Löffel ausräumte, gelangte man in das Innere des Larynx unter die Mukosa. Mikroskopische Untersuchung: Gewöhnliche Kolloidstruma ohne Spuren maligner Entartung. Etwa ein Vierteljahr nach der Strumektomie zunehmende Atembeschwerden. Laryngoskopisch fand sich in der rechten Kehlkopfhälfte ein unterhalb des Kehldeckelansatzes beginnender und bis zum rechten Stimmband reichender, breitbasig aufsitzender halbkugeliger mit normaler Schleimhaut bedeckter Tumor, der das Larynxlumen fast völlig stenosierte. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Rezidiv eines intralaryngealen Strumaknotens wurde durch die zweite Operation (Laryngofissur) bestätigt. Leider liegt keine mikroskopische Untersuchung vor, jedoch kommt Verf. auf Grund seiner Erwägungen zu dem Schluss, dass es sich nur um ein Rezidiv einer intralaryngealen Struma gehandelt haben kann. Er sucht ferner an der Hand der bisher berichteten intralaryngealen und intratrachealen Strumen nachzuweisen, dass die von Paltauf gegebene Erklärung für die Pathogenese dieser Tumoren sich nicht aufrecht erhalten lässt.

FINDER.

40) **Brüggemann** (Giessen). **Perichondritis des Kehlkopfes nach Grippe.** *Münchener med. Wochenschr. No. 24. S. 641. 1919.*

Fall I und II. Extralaryngeale Perichondritis des Schildknorpels.

Fall III. Ausgesprochen chronische Perichondritis der Schildknorpelplatte mit intralaryngealem Abszess, ausgedehnte Knorpelnekrose.

Fall IV. Chronische Perichondritis des Ringknorpels, wahrscheinlich mit Knorpelnekrose.

Nur im Fall III hat es sich um eine schwere Grippe gehandelt, bei den anderen Fällen lagen nur leichte Grippeanfälle zugrunde. KOTZ.

41) **Alfredo Luzzati. Kriegsverwundung des Kehlkopfes. Tod an akuter Miliartuberkulose. (Trauma laringeo di guerra. Morte per tubercolosi miliare acuta.)** *Arch. ital. di otologia. H. 1. 1919.*

Ein Granatsplitter drang rechts in Höhe des oberen Randes des Schildknorpels in der Richtung nach links unten ein, streifte die Vorderfläche der rechten Schildknorpelplatte, machte eine schwere Verletzung des Knorpelskeletts usw., wo die beiden Schildknorpelplatten zusammenstossen, streifte die linke Hälfte des Ringknorpels und verliess den Körper im Niveau der Insertion des Sternokleido. Keine Verletzung der Nerven, der Gefässe und des Oesophagus. Pat. starb an akuter Miliartuberkulose. Im Larynx fanden sich Veränderungen, von denen es zweifelhaft sein konnte, ob sie auf das Trauma zurückzuführen oder tuberkulöser Natur waren und bereits vor dem Trauma bestanden. Für einige (Ulzeration der Epiglottis) scheint letzteres sicher anzunehmen. FINDER.

42) **Thomas Rüedi** (Davos). **Beobachtungen über die operative Behandlung von Kehlkopftuberkulose. (Observations on the operative treatment of tuberculosis of the larynx.)** *Brit. med. journ. 21. Juni 1919.*

Verf. hat im Laufe von 6 Jahren in Davos 575 Fälle an Kehlkopftuberkulose behandelt; an diesen Fällen wurden 1548 Operationen vorgenommen, und zwar in 61 Kurettage allein, in 163 Kurettage und Kaustik, in 1319 Kaustik allein. Von den Fällen waren 359 leicht, 265 mittelschwer und 59 schwer. Die Patienten wurden im Larynx operiert erst als nachdem ihr Allgemeinzustand durch längere Luftkur gebessert war; in einer Anzahl von ihnen ging eine konservative Behandlung voraus. Der Operation folgte hin und wieder eine Verschlechterung der Lungentuberkulose. Im allgemeinen wurden nur Patienten operiert, bei denen die Lungentuberkulose stationär, das Allgemeinbefinden gut und kein Fieber vorhanden war. Die Galvanokaustik wurde angewandt nach der Mermod-Siebenmann'schen Methode; der Tiefenstich wurde bei diffuser geschlossener Infiltration (ödematöse Perichondritis) angewandt, jedoch ist sie nicht so wirksam, wie die Siebenmann-Mermod'sche Methode. Auch nach sehr energischer Anwendung derselben wurde kein ernstliches Oedem beobachtet. Zweimal wurde Nachblutung beobachtet, davon das eine Mal nach 10 Tagen. Was die Resultate anbelangt, so scheidet Verf. 154 Fälle aus, weil sie nur zu kurze Zeit beobachtet werden konnten, ferner 34 sehr schwere Fälle, in denen nur operiert wurde, um die Beschwerden zu erleichtern. Es bleiben 387 Fälle; 180 im ersten Stadium der Kehlkopftuberkulose,

davon geheilt 89 (49,4 pCt.), im zweiten Stadium 192 Fälle, davon geheilt 48 (25 pCt.), 15 Fälle im dritten Stadium, davon geheilt 2 (13,3 pCt.).

Verf. giebt zu, dass in Davos spontane Heilungen der Larynxtuberkulose unter Allgemeinbehandlung auftreten, er leugnet jedoch, dass die Besserung der Lungenerkrankung einen günstigen Einfluss auf die Kehlkopferkrankung ausübt. Ein erheblicher Teil der Fälle bedarf einer operativen Behandlung. Die Behauptung, dass ein Höhenklima bei Larynxtuberkulose kontraindiziert sei, ist falsch. Auch bei solchen Fällen von Lungenphthise, die durch Kehlkopftuberkulose kompliziert sind, ist ein Aufenthalt im Hochgebirge indiziert. FINDER.

43) **Sir St. Clair Thomson. Karzinom des Kehlkopfinnern; Operation mittels Laryngofissur, und ihre Resultate. (Intrinsic cancer of the larynx; operation by laryngofissure and its results.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Mai 1919.*

Verf. hat 38 Fälle von Larynxkarzinom mittels Laryngofissur operiert. Von diesen sind 22 am Leben und gesund und zwar beträgt die Zeitdauer seit der Operation von 6 Monaten bis 10 Jahre; 7 sind ohne Rezidiv geblieben und an anderen Krankheiten verstorben (unter diesen figuriert jedoch ein Fall, bei dem die Todesursache „Laryngitis“ lautet; Ref.). Lokales Rezidiv erfolgte in 5 von den 38 Fällen; zwei Fälle starben an Drüsenmetastase, waren aber ohne Rezidiv im Larynx, zwei sind am Leben, haben aber ein Rezidiv. Die unmittelbare Mortalität von der Operation war 0, ein Pat. starb 48 Stunden nach einer Rezidivoperation infolge Idiosynkrasie gegen Heroin, das er in ziemlich reichlicher Dosis erhalten hatte. Von den 5 lokalen Rezidiven erfolgten 4 innerhalb des ersten Jahres. Die Technik seiner Operation ist von seinem Assistenten Irwin Moore in einer ausführlichen Arbeit mitgeteilt (Ref. Zentralbl, 1919, S. 76).

Verf. hat nur einmal Lokalanästhesie angewandt, der er keinen Vorzug vor der Allgemeinnarkose einräumen kann. Er hält für das beste Narkotikum in diesen Fällen Chloroform, das durch die Tracheotomiekanüle eingeatmet einen ruhigen Schlaf bewirkt und die Schleimhäute nicht reizt. Grossen Wert legt er auf die intratracheale Injektion einer $2^1/_2$ proz. Kokainlösung. Er operiert nach vorheriger Tracheotomie, verwendet keine Hahn'sche Kanüle, sondern tamponiert nach Spaltung des Schildknorpels über der Kanüle mit Bandgaze; die Kanüle wurde in 25 Fällen sofort nach Beendigung der Operation entfernt, musste jedoch in 2 Fällen 5 bzw. 6 Stunden später wegen heftiger Blutung wieder eingesetzt werden. In den anderen 13 Fällen wurde die Kanüle liegen gelassen, weil während der Operation Neigung zur Blutung war oder weil Kongestion bestand oder weil Alkohol- oder Tabakmissbrauch vorlag oder weil die Geschwulst sehr ausgedehnt oder zum grossen Teil subglottisch war. Die Kanüle wurde in diesen Fällen 24 Stunden bis 18 Tage liegen gelassen; letzteres in einem Falle, wo beide Stimmlippen und ein Teil des Schildknorpels entfernt war.

In seinen letzten Fällen hat Verf. den Schildknorpelflügel, auch wenn er nicht erkrankt war, mitentfernt; die Entfernung der Geschwulst und die Beherrschung der Blutung wird dadurch erleichtert. Für die Nachbehandlung spielt eine grosse Rolle, dass Pat. in sitzender Stellung gehalten wird und mög-

lichst bald das Bett verlässt; die meisten sind am Tage nach der Operation ausser Bett.

In 11 Fällen hat Verf. während der Heilung ein Granulom an dem vernarbenden Stimmband oder in der vorderen Kommissur entstehen sehen.

Die Resultate in Bezug auf die Stimme waren in allen Fällen gut.

FINDER.

44) **Hamilton White. Kehlkopfkrebs, Laryngofissur; Patient frei von Rezidiv nach einem Jahr. (Carcinoma of the larynx; laryngo-fissure; patient free from recurrence after one year.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. April 1919.*

Mitteilung eines einen 58jährigen Mann betreffenden Falles; der eine Aryknorpel wurde mit entfernt.

FINDER.

45) **Garel. Heilung einer Larynxstenose infolge Granatsplitterverletzung durch einfache Dilatation. (Sténose laryngée par éclat d'obus guérie par simple dilatation.)** *Lyon médical. Januar 1919. S. 40.*

Bei dem 30jährigen Manne hatte sich infolge Granatsplitterverletzung eine hochgradige Stenose des Larynx gebildet mit völliger Aphonie. Garel dilatierte zuerst gewaltsam von der Tracheotomiewunde aus mit dem Dilatatorium von Morell-Mackenzie während der Dauer von 3 Wochen und verwandte dann zur weiteren Behandlung Kautschukschläuche von 9—13 mm Durchmesser. Nach 2 Monaten war ein deutliches Glottislumen vorhanden, das linke Stimmband unbeweglich in Medianstellung, das rechte beweglich, aber in seiner ganzen Länge von einem Wulst bedeckt, Stimme erhält etwas Klang. Nach weiteren 2 Monaten erfolgt die Entfernung der Trachealkanüle, Pat. atmet sowohl nachts als tagsüber leicht, nur bei körperlicher Anstrengung etwas behindert, die Heilung scheint definitiv zu sein.

SCHLITTLER.

46) **Lannois, Molinié** und **Sargnon. Einige Fälle von chronischen Laryngo-Trachealstenosen. (Quelques cas de sténoses chroniques laryngo-trachéales.)** *Lyon médical. p. 198. 1919.*

Es handelt sich um einen Fall von Syphilis und mehrere Fälle von Kriegsverletzungen und Verbrennung durch Hyperit. Verff. empfehlen zur Behandlung auf Grund ihrer sehr guten Erfolge die Laryngotomie mit nachfolgender Dilatation mittels Einlegens eines Kautschuk-Gaze-Guttaperchadrains, welches den Vorteil hat, dass es genügend dilatiert, aber doch nicht zu hart ist, so dass es ruhig 6—8 Tage liegen gelassen werden kann. Für die leichteren Fälle erstreckt sich die Dilatation über 2—3 Monate, für die schwereren mindestens über 6. Der plastische Verschluss erfolgt entweder nach dem Verfahren von Berger oder nach Moure, die Erfolge sind, was die Respiration anbelangt, gute, ebenso hinsichtlich der Stimme, besonders wenn der Schildknorpel nicht durchtrennt worden ist.

SCHLITTLER.

47) **Willy Pfeiffer** (Frankfurt a. M.). **Klinischer Beitrag zum Werte der direkten Tracheobronchoskopie bei Stenose der Luftwege durch tuberkulöse Bronchialdrüsen.** *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. 41. H. 3/4. 1919.*

Verf. gibt zuerst eine orientierende Uebersicht über die wichtigsten Ergebnisse neuerer Arbeiten über die Bronchialdrüsentuberkulose.

Ebert hatte (Inaug.-Diss., Halle 1908) aus der Literatur 86 Fälle von perforierter Bronchialdrüsentuberkulose zusammengestellt, von diesen starben 77, 9 wurden durch Aushusten der Drüsensequester geheilt. Verf. dieser Arbeit stellt in tabellarischer Form weitere 24 von nicht endoskopisch untersuchten und 19 von endoskopisch untersuchten Fällen zusammen von Kompression und Perforation der Luftwege durch Bronchialdrüsen bei Kindern. Von letzteren sind 10 Fälle bereits in Mann's Lehrbuch der Tracheobronchoskopie angeführt, weitere 7 Fälle sind der neueren Literatur entnommen und zwei eigene Fälle hinzugefügt. Bei den 24 nicht bronchoskopisch untersuchten Fällen starben 15 (62,5 pCt.), von den 19 endoskopisch untersuchten nur 5 (26,3 pCt.); von diesen 5 erfolgte der Tod in einem Fall durch Blutung aus der A. anonyma infolge Druckusur des Kanülenendes, während bei zwei die Prognose durch Miliartuberkulose an sich aussichtslos war.

Verf. schildert nun das endoskopische Bild in den einzelnen Fällen, sodann die Symptome, die auf eine Erkrankung der Bronchialdrüsen hinweisen, sowie die verschiedenen für die Diagnose in Betracht kommenden Untersuchungsmethoden einschliesslich der Röntgenaufnahme und kommt zu dem Schluss, dass die beste Auskunft über Sitz und Ausdehnung der Stenose von Trachea und Bronchien die direkte Tracheobronchoskopie gibt, die zugleich gestattet, wenn es bereits zu bedrohlichen Kompressionserscheinungen gekommen ist, mit Erfolg therapeutisch vorzugehen. „Wir können den drohenden Durchbruch von Bronchialdrüsen feststellen, die Perforation derselben eventuell durch vorsichtiges Anritzen der Schleimhaut über dem sich vorwölbenden Abszess erleichtern, den Perforationsvorgang genau überwachen, Käse- oder Eitermassen durch Aspiration oder Fremdkörperzange entfernen.“

Die Krankengeschichten der beiden eigenen Fälle des Verf.'s sind:

I. 3jähriger Knabe, Krampfhusten, Erstickungsanfälle. Untere Bronchoskopie: Flottierende, weissliche, fötide Käsepartikel im unteren Teil der Trachea. Carina tracheae abgeplattet, beide Hauptbronchien stenosiert. Perforation der unteren Wand des rechten Hauptbronchus. Käsemassen mit Bohnenzange und durch Aspiration entfernt. Bronchoskopie mehrfach wiederholt. Kanüle nach 6 Wochen entfernt. Heilung.

II. 7jähriges Mädchen, Husten mit Zyanose, eitriger fötider Auswurf. Schatten in linker Hilusgegend. Fieber bis 39,6°. Obere Bronchoskopie: Starke Rötung und sammetartige Schwellung der Schleimhaut in Trachea und linkem Hauptbronchus und an der Karina des linken Oberlappenbronchus, aus welchem viel Eiter entleert wird. Aspiration von etwa einer halben Tasse fötiden Eiters, danach Abfall der Temperatur. Nach 14 Tagen Heilung. FINDER.

d II) Stimme und Sprache.

48) **Emil Fröschels. Die sprachärztliche Therapie im Kriege. III. Teil: Das Stottern.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. S. 161. 1919.*

Seinen zahlreichen früheren Arbeiten aus diesem Spezialgebiet reiht Verf. die Erfahrungen an, welche er als Chefarzt der Spezialabteilung eines Garnisonspitals zu machen Gelegenheit hatte.

Es wurden im ganzen behandelt 267 Fälle von Stottern. Davon handelte es sich 113 mal um Jugendstotterer, 148 mal war die Sprachstörung nach einem Kriegstrauma aufgetreten, 4 mal hatte ein solches ein Rezidiv eines in der Jugend ausgeheilten Stotterns ausgelöst und 2 mal sich das Stottern an einen Typhus angeschlossen. 6 von den Jugendstotterern wurden geheilt, 74 wesentlich gebessert, 53 ungebessert entlassen, während bei den durch Trauma entstandenen Fällen 12 mal Heilung, 83 mal wesentliche Besserung eintrat, und nur 53 = 36 pCt. unverändert blieben.

Ueber den Gang der Behandlung ebenso die sehr interessante Kasuistik von 25 instruktiven Fällen vgl. das Original.

SCHLITTLER.

49) **Siegfried Gatscher. Ueber Funktionsstörungen nach geheilten Halsschüssen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. S. 209. 1919.*

Verf. berichtet über den Befund bei 8 Halsverletzten bzw. über den Dauerzustand, wie er 1 Jahr nach stattgefundenem Trauma (Kleinkaliberschuss) nachzuweisen war.

Bei allen 8 Fällen handelte es sich um Durch- oder Steckschüsse in der oberen Halsregion zwischen Kehlkopf und Schädelbasis und ist dabei vor allem die Tatsache interessant, dass keiner der Verletzten zur Tracheotomie kam.

SCHLITTLER.

50) **J. Garel. Behandlung der Kriegsaphonie. (Traitement do l'aphonie de guerre.)** *Lyon médical. März 1919. S. 129.*

Vor dem Kriege war die nervöse Aphonie bei Männern selten gegenüber den bei weiblichen Personen, seit dem Kriege hat sich dieses Verhältnis verändert. Der Soldat ist auf dem Schlachtfeld mächtigen äusseren Eindrücken preisgegeben, welche entsprechende innere Gemütsstörungen zur Folge haben können. Auch ganz abgesehen von den psychischen Einflüssen, ist die direkte mechanische Schädigung, welche auf den Mann einwirkt infolge Luftdruckes bei Explosionen usw., eine ganz gewaltige, was schon einzig aus dem Umstande hervorgeht, dass z. B. von französischen Untersuchern bei Granatexplosionen eine Vermehrung des Luftdruckes um 350 mm Hg nachgewiesen wurde, es würde dies entsprechen einem plötzlichen Vertauschen der Ebene mit der Spitze des Mont Blanc.

Garel hat bis jetzt 176 Fälle von nervöser Aphonie beobachtet und führt als deren Ursache auf: Emotion, Asthenie, Laryngobronchitis, Verbrennungen des Larynx durch Gase.

Die Kriegsaphonie dauert oft zum Verzweifeln lange ohne dass man dafür eine spezielle Ursache fände. Man spricht oft von Simulation, aber die Zahl

der Simulanten ist sicher nicht gross, und jedenfalls haben alle jene Fälle, bei denen eine Paralyse der Stimmbänder sich nachweisen lässt, nichts mit Simulation zu tun. Die Zahl der Aphoniefälle ohne Stimmbandlähmung aber ist klein, (Verf. fand 33 auf 196), und gerade hier finden sich noch am ehesten Simulanten.

Die häufigste Form unter den Paralysen und Paresen ist diejenige der Adduktoren mit oder ohne Beteiligung des Crico-arytaenoideus lateralis (33 Fälle), die zweithäufigste ist die Internuslämung, sei es mit oder ohne Beteiligung des Crico-arytaenoideus lateralis. (27 Fälle). Auf die Lähmung des Arytaenoideus transversus kommen 9 Fälle, diese Form findet sich häufig vereint mit krampfartiger Kontraktion der Taschenbänder (Taschenbandsprecher). Seltener fand sich die „glotte en sablier", Sanduhrform der Glottis als Folge der Lähmung von Thyreo-arytaenoideus internus und Transversus ohne Beteiligung des Crico-arytaenoideus lateralis.

Was die Therapie anbelangt, so ist es wichtig, möglichst rasch die Aphonie zu beseitigen, den Kranken nicht mehr lange bei seiner Aphonie zu belassen, was fast stets gelingt mit der vom Verf. schon vor Jahren angegebenen Methode: Tiefes Ausatmen, wobei gegen den Schluss des Inspiriums der Arzt einen kräftigen Druck auf das Epigastrium mit Gegendruck vom Rücken her ausübt, wobei dann meistens das Exspirium tönend wird. Damit ist die Hauptsache erreicht, und weiteren Uebungen bleibt es vorbehalten, das Gewonnene zu fixieren und den Kranken zu überzeugen, dass er geheilt ist. 48 von seinen Fällen hat Garel auf diese Weise gleich in der ersten Sitzung geheilt, wichtig ist aber, dass der Arzt von dem sichern Erfolg seiner Methode überzeugt handelt und dem Pat. diese Ueberzeugung beibringt.

Für die bisherigen Fälle verwendete Garel die Faradisation (Metallelektroden ohne Ueberzug an der Aussenfläche des Halses) oder die Vibrationsmassage, während er von der Hypnose keine guten Erfolge sah.

Aufgefallen ist es Garel, dass die Prozentzahl der Heilungen mittelst seiner Methode im Laufe der 4 Kriegsjahre stieg (von 50 auf 80 pCt.), und dass namentlich der Einfluss bereits geheilter Kranken auf die Neuangekommenen ein überaus günstiger war. Verf. glaubt diese Tatsache auf das mangelnde Selbstvertrauen zurückführen zu sollen; sowie das Vertrauen zu seiner Methode stieg, wurden auch die Erfolge besser, und es kam vor, dass von einem Transport von 15 Aphonischen, die miteinander eingeliefert wurden, sämtliche gleich in der ersten Sitzung geheilt wurden.

Rezidive sind im grossen ganzen selten. SCHLITTLER.

51) **Arthur F. Hurst** und **A. Wilson Gill. Hysterische Aphonie bei Soldaten. (Hysterical aphonia in soldiers.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otol. Juni 1915.*

Verff. besprechen zunächst Aetiologie und Pathogenese der hysterischen Aphonie; diesen Namen halten sie für zutreffender als „funktionelle" Aphonie. Die häufigsten Ursachen bei Soldaten sind: Einatmen reizender Gase, aber auch andere entzündliche Zustände, wie Scharlach, Diphtherie, katarrhalische Laryngitis, ferner als Folgezustand erschöpfender Krankheiten, wie Typhus, Malaria, chronisches

Empyem, weiterhin nach Gemütserregungen, infolge Traumen am Halse, bei denen aber die Stimmlippen nicht wirklich geschädigt wurden. Als die häufigste Ursache betrachten Verff. das Einatmen von Gasen und sie betrachten alle Fälle von Aphonie nach Gasvergiftung, die länger als 3—4 Wochen anhalten, für hysterisch. Sie unterscheiden Aphonie infolge schlaffer und spastischer Lähmung der Kehlkopfmuskeln.

Merkwürdigerweise sprechen sich Verff. — die als Neurologen ein Kriegslazarett für Nervenkranke leiteten — gegen den Wert der laryngoskopischen Untersuchung für die Diagnose der hysterischen Aphonie aus. Von 100 Fällen von Aphonie waren 99 hysterisch, der einzige auf organischer Ursache beruhende Fall (linksseitige Rekurrenslähmung infolge Aortenaneurysma) wurde als nicht-hysterisch aus der Stimme erkannt und dies später durch die laryngoskopische Untersuchung bestätigt. Ja, Verff. gehen so weit, dass sie behaupten, die larngoskopische Untersuchung könne direkt von Schaden sein. Wenn in vielen Fällen man nicht geglaubt haben würde, durch diese irgendetwas Abnormes im Kehlkopf entdeckt zu haben, so wären die Patienten gleich einer Psychotherapie unterworfen worden, und auf diese Weise schnell geheilt sein. Einer der Aerzte seines Lazaretts besuchte die laryngoskopische Abteilung eines anderen Lazaretts und heilte in einer halben Stunde 8 Aphonische, die dort seit langer Zeit behandelt wurden. Ein andermal wurden in sein Lazarett 9 Aphonische aus einer laryngoskopischen Abteilung überführt, die dort mittels intralaryngealer Elektrisierung usw. seit 6 Wochen bis 6 Monaten behandelt worden waren. Sie wurden mittels Psychotherapie schnellstens geheilt; die längste Behandlungsdauer betrug 4 Stunden.

Um die Frage zu prüfen, ob bei Hysterischen die Anästhesie der hinteren Rachenwand ein häufiges Symptom ist, wie dies von verschiedenen Seiten behauptet wurde, haben Verff. eine Skala für die Empfindlichkeit des Pharynx aufstellen lassen. Diese Skala beginnt mit 0 (Anästhesie und keine Reflexauslösung) und steigt bis zu 7 (grosse Reflexerregbarkeit, so dass Untersuchung unmöglich). Es wurden danach 170 Personen mit nicht-hysterischen Symptomen und 64 mit hysterischen Symptomen geprüft. Besonders auf pharyngeale Anästhesie wurden die Patienten mit hysterischer Aphonie und Mutismus geprüft. Es ergab sich, dass die Sensibilität des Pharynx bei Personen mit hysterischer Aphonie oder anderen hysterischen Symptomen nicht mehr herabgesetzt ist als bei solchen, die weder an solchen litten oder gelitten hatten.

Prophylaktisch ist bei der hysterischen Aphonie von grosser Bedeutung, dass zu häufige laryngoskopische Untersuchungen und intralaryngeale Behandlung vermieden werden sollten. Ein leichter Grad von Laryngitis nach Gasvergiftung kann einige Wochen lang bestehen; dies kann aber nicht genügen, um Aphonie hervorzurufen.

Was die Behandlung anbetrifft, so gehen Verff. von dem Grundsatz aus, dass kein Fall länger als 24 Stunden im Lazarett bleiben soll. Von 67 hintereinander zur Behandlung gekommenen Fällen wurden 37 in 5 Minuten, 21 in einer halben Stunde geheilt und 9 erforderten längere Behandlung als eine halbe Stunde. Der Patient kommt gleich nach der Aufnahme in Berührung mit anderen Patienten, die kurz vorher geheilt wurden; dadurch wird das Terrain für seine Heilung prä-

pariert. Er wird dann in einem Einzelzimmer vorgenommen, er empfängt eine Belehrung über die Natur und Entstehung seines Leidens, wird dann aufgefordert zu husten und unmittelbar danach ohne Pause „eins“ zu sagen. Oft gelingt es sofort, den Patienten zum Sprechen zu bringen. Oft sind gleichzeitige Manipulationen mit dem Finger am Kehlkopf nötig. Wenn ein Misserfolg eintritt, so liegt er gewöhnlich am Arzt und nicht am Patienten. Dass aber unter Umständen die Heilung auch schwierig sein kann, zeigt ein Fall, in dem die Aphonie seit 10 Monaten bestand und erst nach 6stündigem Zureden geheilt werden konnte.

FINDER.

52) **Ernst Urbantschitsch. Die Ueberrumpelungsmethode bei hysterischer Taubstummheit (psychogenen Hör-, Sprach- und Stimmstörungen).** *Monatsschrift f. Ohrenheilk. S. 241. 1919.*

Verf. weist darauf hin, dass er als erster für hysterische Sprach- und Hörstörungen die Ueberrumpelungsmethode mit starken faradischen Schlägen empfohlen und angewendet hat (vgl. Monatsschr. f. Ohrenhlk. 1914, S. 1305 und Münchener med. Wochenschr. 1916, Nr. 6) und erst nach ihm Kaufmann und Muck ihre Verfahren beruhend auf denselben Prinzipien bekannt gegeben haben. Dabei war sich Verf. ebenfalls völlig bewusst, dass nicht der elektrische Strom an sich die Heilung bewirkte, sondern einzig die durch denselben ausgelöste Schmerzempfindung; es könnte irgend ein anderer physischer oder psychischer Affekt erzeugt werden, der mit demselben Erfolge zur Heilung ausgenutzt wird.

SCHLITTLER.

e) Schilddrüse.

53) **Klinger** (Zürich). **Neue Vorschläge zur Prophylaxe des endemischen Kropfes.** Aus dem Hygiene-Institut Zürich. *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 17. 1919.*

Der neue Vorschlag besteht darin, dass Schulkindern in Kropfgegenden jährlich zweimal während 10 Tagen je 0,2 Jodnatrium eingegeben wird. Die Erfahrungen mit dieser Medikation von 1000 Schulkindern in einer Stadt Nordamerikas seien ausserordentlich günstig. Nur 5 Kinder zeigten eine Spur von Jodismus, der schnell vorüberging. Verf. schlägt vor, dass der Staat unter Beihülfe der Schulärzte die Sache an die Hand nehme. Die Kosten für die 4,0 Jodnatrium pro Jahr seien gering.

JONQUIÈRE.

54) **Thomsen. Ein Fall von multiplen Strumametastasen.** *Bruns' Beiträge zur klin. Chir. Bd. 115. H. 1. 1919.*

Der Primärtumor war eine Kolloidstruma ohne karzinomverdächtige Stellen; es fand sich bei der Operation ein „retrosternales Drüsenpaket“ (nicht histologisch untersucht). Es handelte sich um eine hämatogene Metastasierung. $4^3/_4$ Jahre nach der Operation brach Pat. bei Sturz die linke Ulna; es bildete sich daselbst eine Strumametastase. Es traten dann ferner auf Metastase im Humerus und multiple Metastasen der Haut; ferner ein Retropharyngealtumor, auch letzteren hält Verf. analog den Hautmetastasen für entstanden aus hämatogen verschleppten

Primärtumorzellen; 3 Stunden nach Operation des Retropharyngealtumors und eines kleinen lokalen Strumarezidivs Exitus (Herztod?). Sektion ergab auch Metastasen in den Herzkammern. Die Metastasen hatten histologisch den Bau des Primärtumors.

FINDER.

55) **Th. Naegeli. Bericht über 1000 Kropfkranke aus der Garrè'schen Klinik.** *Bruns' Beiträge zur klin. Chir. Bd. 115. H. 1. 1919.*

In dem Material der Bonner Klinik überwiegt die knotige Form der Struma bei weitem die diffus kolloide Form. Aetiologisch kommt ausser zahlreichen noch unbekannten Faktoren eine Korrelation mit der Funktion der Genitalorgane zweifellos in Frage, sei es, dass es sich um die Entwicklung angeborener Adenome handelt, um umschriebenes Wachstum in der Struma oder um eine allgemeine Hyperplasie des Organs. Für die operative Entfernung gibt die Enukleationsresektion oder eine ihrer Modifikationen die beste Möglichkeit, bei beiderseitigen Erkrankungen kombiniert mit einer Reduktion der zweiten Seite (Enukleation, Keilexzision usw.). Eine Unterbindung von 2 bei halbseitigen, von 3, $3^1/_2$—4 Arterien bei doppelseitigen, gefässreichen Kröpfen unterstützt die Operation zweckmässig, da durch Kollateralen eine genügende Ernährung des Gewebes garantiert wird. Dies gilt vor allem auch für die Basedowschilddrüse, wo nur ausgiebige Reduktion des hyperfunktionierenden Gewebes erfolgreich ist. Für gewisse Fälle kommt hier daneben noch eine Thymusreduktion in Frage.

FINDER.

56) **de Guervin** (Basel, jetzt Bern). **Sympathikuslähmung bei Strumektomie mit präventiver Unterbindung der Art. thyreoidea inferior.** Aus einer Sitzung im Spital der Diakonissenanstalt Riehen. Statistische Uebersicht über 640 Kropfoperationen. *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 27. 1919.*

Es trat in 4pCt. der Fälle Sympathikuslähmung auf. Ueber die Symptome dieser Lähmung ist in dem kurzen Referat über die Sitzung nichts erwähnt.

Siebenmann spricht über die zahlreichen einseitigen Rekurrensparesen, die poliklinisch in seine Beobachtung kommen und meistens auf Kropfoperationen zurückzuführen sind. Er hebt hervor die wohl jedem beschäftigten Laryngologen bekannte Tatsache, dass solche Paresen nicht selten symptomlos bleiben und oft nur zufällig gefunden werden. Es kommt vor bei Fällen, wo das gelähmte Stimmband in strammer Adduktionsstellung genau im Niveau des gesunden stille steht. In derartigen Fällen hat auch Ref. Lehrer ihren Beruf ungehindert weiterführen und bescheidene Singstimme sich erhalten gesehen.

JONQUIÈRE.

f) Oesophagus.

57) **Hirsch. Hochgradige Oesophagusdilatation.** Vereinigte ärztl. Gesellschaften zu Berlin, Sitzung vom 5. Februar 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 8. S. 223. 1919.*

27jährige Frau, seit Jahren an Hustenanfällen leidend, die besonders bei und nach dem Essen auftreten. Wenn sie einige Bissen gegessen hat, muss sie etwas nachtrinken, sonst erfolgt Erbrechen. Objektiv findet sich eine ausgedehnte Dämpfung vorn rechts von dem Sternum und hinten rechts von der Wirbelsäule,

die besonders oben das ganze Gebiet des Oberlappens einnimmt. Die Röntgenplatte zeigt rechts eine Verschattung des Lungenfeldes, die in den unteren Partien die mediale Hälfte, oben das ganze Lungenfeld einnimmt. Nach Spülung verschwindet diese tumorartige Verschattung. Bei Kontrastfüllung sieht man den geschlängelten Verlauf der erweiterten Speiseröhre. Der ektatische Sack enthält 2—3 Liter Inhalt.

Aetiologisch wird ein Kardiospasmus, vielleicht auf neuropathischer Basis, angenommen.

R. HOFFMANN.

58) **Fritz Eiermann. Ueber seltene Komplikationen bei tuberkulöser Wirbelkaries. Bildung einer Oesophagusfistel usw.** *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. 41. H. 3/4. 1919.*

Verf. stellt 15 Fälle aus der Literatur zusammen. In dem von ihm berichteten Fall bestand hochgradige Karies dreier Brustwirbelkörper mit Abszessbildung; Perforation des Kariesherdes in den Oesophagus mit Fistelbildung; tuberkulöse Erkrankung einer im Kariesherde gelegenen Interkostalvene; Arrosion der erkrankten Vene mit tödlichem Bluterguss durch die Fistel in Speiseröhre, Magen und Darm.

FINDER.

59) **G. Holmgren. Fremdkörper im Oesophagus infolge temporärer Verengerung. (Foreign body in oesophagus on account of temporary stenosis.)** *Acta Oto-Laryngologica. Vol. 1. H. 4.*

50jähriger Mann verspürte plötzlich beim Fischessen einen heftigen Schmerz im Hals. Die Schmerzen nahmen zu und nach einer Woche war Pat. etwas fieberhaft. Am 8. Tag verspürte er, dass das Essen nur schwer durch die Speiseröhre hindurchging; am nächsten Tage konnte er weder feste noch flüssige Speisen hindurchbringen. Oesophaguswunde stiess 15 cm von der Zahnreihe auf Widerstand. Mittels Oesophagoskopie fand sich die Speiseröhre bis zur Tiefe von 25 cm ausgefüllt mit Fleischbissen. Nachdem diese entfernt waren, fand sich der Oesophagus etwas verengt durch gerötete und geschwollene Schleimhaut. Nachdem einige Tage flüssige und weiche Speisen genossen waren, konnte Pat. wieder alles schlucken. Diagnose: Fremdkörper infolge temporärer Verengerung infolge katarrhalischer entzündlicher Veränderungen in der Oesophaguswandung nach Verletzung durch eine Fischgräte.

FINDER.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Wiener Laryngo-Rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. April 1918.

Vorsitzender: Grossmann.

Menzel stellt eine 42jährige Patientin vor, die an einem Peritheliom des Zungengrundes leidet. Der Tumor ist von einem Laryngologen bereits

vor 5 Jahren konstatiert worden. Der Tumor ist pflaumengross, von glatter Oberfläche und kugeliger Gestalt, sitzt breitbasig auf und behindert etwas beim Sprechen und Schlucken. Histologische Untersuchung eines exzidierten Stückchens ergab Peritheliom. M. hat bisher keinen Fall von Peritheliom des Zungengrundes auffinden können. Er glaubt, dass es leicht sein wird, den Tumor mit dem Messer oder dem Galvanokauter zu exstirpieren; der Grund soll nachher mit Radium behandelt werden. Er hält die Prognose nicht für ungünstig.

Otto Mayer: 1. Zur Korrektur der knöchernen Schiefnase.

M. hat in einem Falle, wo es infolge Verschüttung durch eine Granatexplosion zu einer hochgradigen Verlegung der knöchernen Nase von rechts nach links gekommen war, die von Joseph angegebene Methode in der Weise modifiziert, dass der Knochen nicht subkutan durchsägt wird, was zu starken Läsionen der Weichteile führt, sondern dass er nach Abschiebung und Schutz der Weichteile durch das Killian'sche Spekulum glatt durchschlagen wird. Dadurch ist die Operation erst zu einer der modernen rhinologischen Technik entsprechenden geworden.

2. Stirnhirnabszess infolge akuter Stirnhöhleneiterung durch Operation geheilt.

15jähriger Knabe; hochgradige Schwellung mit Fluktuation des linken oberen Lids, die sich über den Orbitalrand nach oben fortsetzte; Doppelbilder nach links und oben. Polypen im linken Hiatus; Durchspülung der Kieferhöhle positiv. Nachts klonisch-tonischer Krampf, der sich morgens wiederholt. Radikaloperation der Kieferhöhle nach Caldwell-Luc und der Stirnhöhle nach Killian. Hintere Stirnhöhlenwand intakt, keine Fistel oder erweichte Stelle. Nach der Operation Wohlbefinden, keine Wiederholung der Anfälle. Nach 8 Tagen Erbrechen, Kopfschmerzen, Pulsverlangsamung; kein Kernig, keine Hauthyperästhesie, kein Nystagmus. Zweite Operation: Der normal aussehende Knochen der hinteren Stirnhöhlenwand in Kronenstückgrösse entfernt; Dura normal; Punktion des Stirnhirns ergibt schon in geringer Tiefe hellgelben dünnflüssigen Eiter. Inzision der Dura; beim Eingehen mit der Kornzange stürzt massenhaft Eiter vor; nach Abfliessen desselben sieht man in eine lange, tiefe Höhle. Drainage mit Glasdrain und Billrothbattiststreifen. Glatte Heilung. Es handelte sich um einen durch Streptococcus mucosus hervorgerufenen Stirnhirnabszess, fortgeleitet auf dem Lymphwege bei akutem Stirnhöhlenempyem.

W. Roth erinnert an einen analogen von ihm vor mehreren Jahren in der Gesellschaft vorgestellten Fall, der zeigte, dass ein grosser Stirnhirnabszess symptomlos bestehen kann, und dass hintere Stirnhöhlenwand und Dura dabei ohne irgendwelche pathologischen Veränderungen sein können.

3. Zur Behandlung der Kieferzysten.

Grosse Kieferzyste, die sich sowohl nach der Fossa canina als auch gegen den Nasenboden vorwölbte und die Kieferhöhle nach hinten oben verdrängt hatte; es wurde die ebenfalls erkrankte Kieferhöhle mit der Zyste vereinigt und die typische Kommunikation nach dem unteren Nasengang angelegt. Diese in jüngster Zeit

als neu mitgeteilte Methode ist bereits in der ersten Auflage des Chiari'schen Lehrbuchs (1902) beschrieben.

Kofler: Die Methode wird schon seit vielen Jahren an der Klinik geübt. Nur bei kleinen Kieferhöhlen wird noch nach Partsch operiert.

G. Hofer demonstriert einen Fall von submuköser Trachealknorpelresektion wegen Trachealstenose.

28jähriger Patient, der schon vor 25 Jahren von Stoerk wegen Larynxpapillomen mittels Laryngofissur operiert wurde, dann längere Zeit eine Kanüle trug, die aber später entfernt wurde. Erst in den beiden letzten Jahren traten starke Atembeschwerden auf, besonders nachts beim Liegen. Direkte Untersuchung ergab folgenden Befund: Linke Wand der Luftröhre ist in Höhe des dritten Knorpelringes stark nach einwärts gedrängt, die rechte Wand ebenfalls, aber nur leicht, auf der Kuppe der linksseitigen Vorwölbung sieht man ein ziemlich breit aufsitzendes Papillom. H. führte eine submuköse Trachealresektion derart aus, dass der dritte und vierte Knorpelring nach Abpräparieren der Trachealschleimhaut entfernt wurde; hierauf wurde die Trachealwunde zu einem Tracheostoma umgestaltet, austamponiert und der Patient mit Kanüle versorgt. Man sieht jetzt in dem Tracheostoma eine normal weite Trachea; der probeweise Verschluss desselben ergibt eine reine Stimme und vollkommen freie Atmung.

Diese submukösen Trachealresektionen erscheinen für gewisse Fälle von umschriebenen Stenosen — in vorliegendem Falle handelte es sich um eine narbige Knickung der Trachea nach einer im Kindesalter ausgeführten Fissur — mit gutem Erfolge anwendbar.

Kofler hat in einem Fall von Fixation der Stimmlippen in der Mittellinie nach abgelaufener Perichondritis crico-arytaenoidea nach Anlegung eines Laryngostomas und längerem Zuwarten die Weichteile der linken Stimmlippe submukös reseziert und den linken Aryknorpel ausgeschält. Es ist heute schon eine beträchtliche Konkavität auf der operierten Seite zu sehen. Er erinnert an eine vor einigen Jahren vorgestellte Patientin mit doppelseitiger Postikusparalyse nach Strumektomie, bei der er die Tracheotomie machte und später die linke Stimmlippe weitab vom Rande an ihrer Basis kauterisierte von der Erwartung ausgehend, dass dadurch eine narbige Retraktion des freien Randes der Stimmlippe nach aussen und damit eine Vergrösserung des Glottislumens eintreten würde. Diese Erwartung traf auch in gewissem Grade ein: Patient konnte leichter atmen und die vorher beim Schlafe sehr geräuschvolle Atmung wurde ruhig und geräuschlos.

Kofler: 1. 62jähriger Patient, vor Jahren Totalexstirpation des Larynx wegen Karzinoms, klagt über Atembeschwerden. Tracheostoma weit, Schleimhaut daselbst von Epidermis ersetzt. Direkte untere Tracheoskopie zeigt halbbohnenförmige buckelartige Vorsprünge an der ganzen Peripherie, die sich fast bis zur Berührung nähern. K. glaubt, dass es sich um mehrfache zirkumskripte Einbuchtungen der Ligamenta annularia durch die emphysematöse Lunge handelt.

2. Entfernung einer Nähnadel aus dem Hypopharynx durch Hypopharyngoskopie.

Die Nadel war bei gewöhnlicher Laryngoskopie nicht sichtbar. K. gab den Larynxspiegel einer zweiten Person zum Halten und extrahierte die Nadel. Nach seinem Wissen ist das der erste Fall eines mittels Hypopharyngoskopie entfernten Fremdkörpers.

3. Präparat eines Tracheo-Bronchialtumors (Karzinom) rechts mit Metastasen im rechten Keilbein.

Sitzung vom 15. Juni 1918.

Vorsitzender: M. Grossmann.

Hanszel stellt 1. eine Frau mit Tuberkulomen an beiden Seiten des knorpeligen Septums vor; sonst im Organismus keine Anzeichen von Tuberkulose nachweisbar.

Heindl empfiehlt nach chirurgischer Behandlung Zerstörung der Reste der Infiltrate mit dem Kauter und Nachbehandlung mit Ulsanin.

Glas: Diese klinische primäre Tuberkulose des Naseneinganges ist nicht allzu selten, zumeist sehr gutartig. Er empfiehlt radikale Exkochleation mit darauffolgender Kaustik bzw. Milchsäurebehandlung.

L. Réthi hat in einem dem vorgestellten analogen Fall von dem Galvanokauter energisch Gebrauch gemacht mit dem Erfolg, dass die Nase dauernd rezidivfrei blieb. Später erfolgte manifeste Tuberkulose der Lungen und Meningitis tuberculosa, an der Patient zugrunde ging.

Kofler: Kleinere tuberkulöse Herde können sehr wohl durch Operation mit oder ohne nachfolgende Milchsäureätzung oder durch Kaustik dauernd geheilt werden. Bei ausgedehnter Erkrankung oder multiplen Herden rät er, besonders in prognostisch wenig aussichtsreichen Fällen, zu Radiumbehandlung. Er hat in zwei Fällen sehr ermutigende Erfolge davon gesehen.

2. Fall von Schluckhindernis in der linken Halsseite.

Pat. war von verschiedenen Aerzten untersucht und nichts gefunden worden; da die Rachenreflexe stark herabgesetzt waren, dachte man an Hysterie. Da der Gatte — ein Arzt — H. dringend bat, etwas energisches zu unternehmen, beschloss er, die Pat. zu narkotisieren, ihr eine kleine Wunde an der Tonsille zu setzen und ihr irgend einen Gegenstand als vorgetäuschten Fremdkörper zu zeigen. Als H. in der Narkose an der linken Tonsille ordentlich zog, um ein Stück von ihr zu fassen, quoll plötzlich ein Esslöffel dicken rahmigen Eiters hervor. Es handelte sich also offenbar um eine Retentionszyste. Seitdem ist Pat. beschwerdefrei.

Glas: Der Fall zeigt, dass man nie versäumen soll, mit einem Häkchen den vorderen Gaumenbogen abzuziehen bzw. durch Druck auf denselben die tieferen Mandelpartien zu kontrollieren. Er erinnert an zwei Fälle, wo lange Zeit bestehende Abszesse auf diese Weise entdeckt wurden. In dem einen Fall brachte die während des hohen Fiebers ausgeführte Tonsillektomie Heilung.

Roth glaubt nicht, dass es sich in Hanszel's Fall um eine Zyste gehandelt hat, da deren Inhalt nicht eitrig ist. Es könnte sich nur um sekundäre Infektion einer Zyste oder um eine vereiterte submuköse Lymphdrüse handeln, dann müssten aber lokale Entzündungserscheinungen bestanden haben. Bei chronischer Eiterung der Tonsille ist nicht immer die Tonsillektomie notwendig; es genügt, wenn ein Fistelgang mit der Sonde festgestellt ist, diesen breit zu spalten.

Heindl weist ebenfalls auf den Wert genauer Sondenuntersuchung hin. H. hat wiederholt, wenn diese im Stich liess, bei Vornahme der Tonsillektomie einen Eiterherd ausserhalb der Kapsel der Tonsille an deren unterem Pol nachweisen können. In einem Fall mit ziehenden Schmerzen, zeitweiligem Anschwellen der Submaxillardrüsen und Kakeugesie, in dem bereits die Tonsillektomie gemacht war, fand er beiderseits inmitten der glatten Narbe eine Fistel, aus der bei Sondierung sich übelriechender Eiter entleerte. Nach Spaltung der Fistel zeigte sich beiderseits eine Retentionszyste, darin Tonsillenreste vom oberen Pol; nach Entfernung dieser Reste gelang es, Pat. von ihren Beschwerden zu befreien.

Kofler glaubt, dass es sich um einen chronischen Abszess der Mandel handelte.

Réthi verhält sich im allgemeinen der Tonsillektomie gegenüber reserviert: Er hat in einem Fall, wo ein Pat. ein halbes Jahr oft bis zu 39° und 40° fieberte, sichere Sepsis mit Pleuro-Pneumonie, Perikarditis und hämorrhagische Nephritis hatte, in anbetracht des dekrepiden Zustandes sich darauf beschränkt, die Lakunen zu schlitzen und die Pfröpfe zu entfernen mit dem Resultat, dass Pat. nach einigen Tagen fieberfrei war.

Heindl berichtet über einen Fall von Syphilis des Stirnbeins und der Stirnhöhle. Es handelte sich um einen Fall mit zunehmenden Stirnkopfschmerzen rechts, pastöser Schwellung der rechten Supraorbitalgegend, Oedem des rechten oberen Augenlids, Ptosis, Protrusio bulbi. Es wurde Stirnhöhlenempyem diagnostiziert und radikal operiert. Es stellte sich jedoch heraus, dass es sich um einen alten chronisch verlaufenden, teilweise spontan ausgeheilten luetischen Prozess des Stirnbeins und der Stirnhöhle handelte, der zu einem Verschluss des Ausführungsganges der Stirnhöhle durch einen Osteophyten geführt hatte; dadurch bedingte Retention der Sekrete der Stirnhöhle mit Osteomyelitis nach Durchbruch am Supraorbitaldach und lateralem Winkel der Stirnhöhle.

Glas glaubt, dass die gummöse Periostitis mit dem Verlegen des Ductus naso-frontalis die Ursache einer akuten nicht spezifischen Stirnhöhleneiterung bot. Positiver Wassermann und Periostitis gummöser Natur genügen noch nicht zur Diagnose: Syphilitische Stirnhöhleneiterung.

Heindl: In diesem Falle war die Indikation zur Operation durch die das Auge und das Allgemeinbefinden bedrohenden Erscheinungen gegeben. Eine vollständige Restitutio wäre auch durch spezifische Behandlung nicht zu erzielen gewesen, da die Stirnhöhle durch den Osteophyten abgeschlossen war und die Sekretstauung fortbestanden hätte.

Glas: Demonstration eines 16jährigen Mädchens mit ausgebreitetem kavernösem Hämangiom der rechten Wange, der rechten Unterzungengegend, zahlreichen Angiomen der Wangenschleimhaut und einem razemösen angiomatischen Tumor der rechten Tonsille, welcher die Epiglottis überragend etwa Wallnussgrösse hat. Nie spontane Blutungen. Radiumversuche angezeigt.

Réthi empfiehlt angelegentlich Radiumbestrahlung; es soll eine Stelle nach der anderen in Kreuzfeuer genommen, die weichen Stellen möglichst abgehalten und mehrere dünne Filter angewandt werden in nicht zu kurzen Sitzungen.

G. Hofer: I. Fall von Totalexstirpation des Larynx mit Resektion des Zungenbeins und des Zungengrundes wegen Plattenepithelkarzinoms.

Der Fall wird vorgestellt, um auf die Bildung eines grossen Tracheostomas hinzuweisen, durch das das spätere Tragen einer Kanüle unnötig gemacht wird; H. hat dies in vorliegendem Fall erreicht, indem er nach einem von Kofler in einem Fall angewandten Verfahren, den Ringknorpelring subperichondral mit Erhaltung der Ringknorpelplatte exkochleierte.

II. Oesophagotomie wegen Fremdkörper.

Pat. spürte nach dem Genuss von Pferdefleisch Schmerzen. Es bestand Emphysem der rechten Halsseite und stark umschriebene Schmerzhaftigkeit in Höhe des Ringknorpels rechts. Oesophagotomie rechts nach Resektion eines faustgrossen Strumalappens. Es konnte rechts keine Verletzung der Oesophaguswand gefunden werden; endlich konnte durch Drehen des Oesophagus links in Höhe des Ringknorpels ein erbsengrosses Loch gefunden werden. Nach genauer Abtamponade des Mediastinum wird nun links eingegangen; der auch hier vorhandene Strumalappen kann durch Luxation so abgedrängt werden, dass der Zugang zum Oesophagus möglich ist. Durch die starke Seitwärtsdrängung der Trachea trat dabei Asphyxie ein, so dass die untere Tracheotomie gemacht werden musste. Nach Eröffnung des Oesophagus wurde der Fremdkörper — ein spitzer Knochen — entfernt. Vernähung des Oesophagus, Einführung eines Schlauchs durch die Nase. Pat. befindet sich jetzt — 3 Tage nach der Operation — relativ wohl. H. weist darauf hin, dass in solchen Fällen frühzeitig operiert werden muss.

Glas: In Fällen mit Hautemphysem soll nicht mehr ösophagoskopiert werden; bei ihnen ist die Oesophagotomie am Platze. Er führt einen Fall an, wo die Oesophagotomie erst 11 Tage nach dem Trauma gemacht wurde und doch noch zur Heilung führte, weil sich der Prozess streng lokalisiert und nur zu einer zirkumskripten Mediastinitis geführt hatte. Hanszel.

---

b) XXXI. Französischer Kongress für Oto-Rhino-Laryngologie.

Paris: 12.—15. Mai 1919.

(Rhino-Laryngologischer Teil).

Georges Laurens: Ueber Lokalanästhesie in Oto-Rhino-Laryngologie.

Hicquet (Brüssel): Einfacher und praktischer Verband für Nase und Ohr.

H. empfiehlt für die Nase sowohl bei Epistaxis als zur Tamponade nach Operationen die Anwendung eines Gazestreifens, der mit Jodtinktur getränkt ist; man lässt den Alkohol sich verflüchtigen und der Tampon ist dann für den Pat. nicht unangenehm noch reizend und führt nicht zu Intoxikationen wie die Jodoformgaze.

Für Otitis chronica und Warzenfortsatzoperationen empfiehlt H. als vorzügliches Drainagemittel, das leicht zu sterilisieren ist, Kautschukschwamm.

Paul Laurens: Kombinierte Kehlkopflähmung (Spinalis, Hypoglossus, Glossopharyngeus, Collet'sches Syndrom).

Ein Fall von Lähmung des 9., 10., 11. und 12. Hirnnerven; Symptomenkomplex des Foramen lacerum posterius ohne Beteiligung des Sympathikus.

Mignon (Nizza): Lähmung des Pharynx bei Tabes.

Labarrière (Amiens): Extraktion einer Revolverkugel aus der rechten Stirnhöhle.

Der Pat. trug seit 3 Jahren die Kugel im Sinus frontalis; sie wurde durch Röntgenaufnahme festgestellt. Inzision nach Killian, Eröffnung der Höhle von der Orbita aus; die Kugel steckte im Winkel zwischen Hinterwand und Septum interfrontale.

Bourguet: Chirurgische Behandlung der Stirnhöhlenempyeme auf endonasalen Wege.

Nach Bildung eines Schleimhautlappens, der nach unten über die untere Muschel geschlagen wird, wodurch der Ueberblick über das Siebbein freier wird, reseziert er den vorderen Teil der mittleren Muschel und räumt das vordere Siebbein aus. Dann Einführung eines Schützers in die Stirnhöhle und mittels geeigneter Fraisen Fortnahme des Knochenblocks, der nach vorn zu den Ductus frontonasalis begrenzt.

Luc hat sich mit der endonasalen Eröffnung der Stirnhöhle befreundet, seitdem er einer von Mosher (Boston) 1912 bei Gelegenheit des Kongresses daselbst veranstalteten Demonstration beiwohnte. Er hat sich dabei überzeugt, dass mittels guter Merkpunkte das Verfahren durchaus sicher ist. Wenn ein stumpfes Instrument mit mässiger Kraft auf die äussere Wand der Nasenhöhle unmittelbar oberhalb des vorderen Endes des Ansatzes der mittleren Muschel aufgesetzt wird, so durchbricht es jene leicht, indem es in die Aggerzelle und von da in die Stirnhöhle durch deren Boden hindurch eindringt. Luc bedient sich des von Watson-Williams angegebenen Instruments. Er hat das Verfahren mit Erfolg angewandt bei akuten Empyemen mit Retention und auch bei einem akuten in den klinischen Lehrbüchern nicht beschriebenen Katarrh der Höhle, der ebenfalls von schmerzhafter Retention begleitet ist.

Bei chronischen Eiterungen führt das Verfahren nur ganz ausnahmsweise zur Heilung bei kleinen Höhlen und muss durch mehr oder minder lange Behandlung ergänzt werden.

Gault (Dijon): Kombinierie endopharyngeale und äussere Behandlung der Blutungen aus den grossen Halsgefässen.

Bei Verletzungen der grossen Halsgefässe sind im allgemeineu Kompression gegen das Tuberculum carotideum, ferner die klassischen Ligaturen angezeigt. Sitzen die Verletzungen sehr hoch, besonders endopharyngeal, so können die gewöhnlichen Ligaturen schwierig sein, daher besteht die Notwendigkeit nach Methoden zu suchen, um sehr hoch zu unterbinden.

In einem Fall von hochsitzender Verletzung der Jugularis interna und Carotis interna durch grossen Granatsplitter musste Verf. zunächst durch endopharyngeale Kompression der sekundären Blutung Herr werden, dann in derselben Sitzung die Jugularis interna unterbinden, den Sinus lateralis nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes komprimieren, schliesslich provisorisch eine Ligatur um die Carotis communis legen, die am nächsten Tage geknüpft wurde. Aus dieser und anderen Beobachtungen schliesst Verf.:

1. Im Fall einer endopharyngealen Verletzung der grossen Gefässe des Halses ist die, wenn möglich unter Kontrolle des Auges ausgeführte, unmittelbare und methodische endopharyngeale Kompression anzuwenden; diese wird mit den drei Mittelfingern einer Hand ausgeübt, welche einen Tampon halten und mittels desselben die grossen Gefässe gegen die Querfortsätze drücken.

2. Während ein Assistent diese Tamponade macht, ist Zeit, die nötigen Ligaturen aussen am Halse zu machen und, falls nötig, auch die Kompression des Sinus lateralis nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes.

3. Man kann auf diese Weise die venöse Blutung fast in allen Fällen, die arterielle Blutung sehr oft beherrschen. Wenn jedoch das distale Ende der sehr hoch verletzten Carotis interna fortfährt zu bluten, so ergibt sich aus den anatomischen Untersuchungen, dass die hohe endopharyngeale Unterbindung dieser Arterie vom operativen Standpunkt aus keine grossen Schwierigkeiten bietet.

Garel demonstriert einen Fall von Laryngocele externa bei einem 20jährigen Mädchen. Die Anschwellung tritt seit dem 14. Lebensjahre bei jeder Anstrengung oder beim Husten auf; in der Ruhe zeigt der Hals normalen Umfang. Es besteht keine innere Laryngocele im Niveau der Taschenlippen. G. hält einen chirurgischen Eingriff in diesem Fall nicht für nötig.

E. J. Moure (Bordeaux) Thyreotomie und Laryngektomie unter Lokalanästhesie.

Verf. macht die Thyreotomie ausschliesslich in Novokain-Adrenalinanästhesie ohne präliminare Tracheotomie; ihre Indikation ist beschränkt auf die Karzinome der Stimmbänder. Die geringste Infiltration an der Peripherie, die Ausdehnung des Tumors in die Tiefe sind Kontraindikationen.

Die Laryngektomie hört auf, eine schwere Operation zu sein, wenn man sie in Lokalanästhesie macht und 14—20 Tage vorher die Tracheotomie macht. Die Lokalanästhesie unterdrückt den Shock, die Tracheotomie gewöhnt die Lungen an den Durchgang der Luft durch eine künstliche Oeffnung. Sehr wichtig ist die Nachbehandlung.

Molinié: Die Forderung Moure's, dass die Laryngektomie möglichst frühzeitig gemacht werde, ist schwer zu erfüllen, da die Patienten, wenn sie ausser einer leichten Heiserkeit keinerlei Beschwerden haben, sich nur schwer zur Operation entschliessen.

Garel ist ebenfalls der Meinung, man müsse, um möglichst wenige Rezidive zu bekommen, die Diagnose frühzeitig stellen, er hält es für nicht unwahrscheinlich, dass in manchen Fällen, die rezidivfrei bleiben, es sich um tertiäre Lues gehandelt haben könne. Er fügt hinzu, dass in zahlreichen Fällen die mikroskopische Stückchendiagnose ungenügend ist, und dass das Mikroskop nur zweifelhafte Resultate gibt.

Sargnon bevorzugt für die Laryngektomie ebenfalls die zweizeitige Operation. Verf. macht auf die guten Resultate aufmerksam, die von ihm, Lannois und Bérard mit Anwendung von Radium in starker Dosis mit oder ohne Laryngofissur erzielt worden sind.

Jacques stimmt ebenfalls mit Moure völlig überein in der Bevorzugung der Lokalanästhesie und der zweizeitigen Operation. Die präliminare Tracheotomie gewöhnt den Pneumogastrikus an das Operationstrauma und liefert wertvolle Hinweise auf die Eignung der Patienten für den Eingriff. Er meint, dass die partielle Laryngektomie und speziell die Hemilaryngektomie grosse funktionelle Vorteile für die Folge bieten.

Brindel bespricht besonders den Wert der mikroskopischen Untersuchung für eine frühzeitige Diagnose. Sind die Resultate positiv, so hat man präzise Hinweise auf die Malignität der Erkrankung. Es müssen oft mehrere Untersuchungen hintereinander gemacht werden; oft wird das Resultat erst positiv, wenn der Tumor schon inoperabel geworden ist, während die klinische Untersuchung schon seit langem die maligne Natur offenbarte. Man muss die klinischen und histologischen Resultate zu vereinigen wissen, um die Indikationen zur Operation stellen zu können.

Guisez: Die grossen Traumen des Kehlkopfs, der Trachea und des Oesophagus vom diagnostischen und therapeutischen Standpunkt.

G. bespricht hier nur die sekundären Veränderungen nach ausgedehnten Traumen des laryngo-trachealen Rohres und des Oesophagus, die weiterhin eine komplette Stenose dieser Kanäle zur Folge haben. Allein die direkte Laryngo-Tracheoskopie und die Oesophagoskopie haben es erlaubt, eine exakte Diagnose des Sitzes und der Ausdehnung dieser Veränderungen zu stellen. Es handelte sich ebenso oft um Verwundungen durch Infanteriegeschosse, wie Granatsplitter, in einem Fall um eine schneidende Waffe. Dazu kommen noch Verbrennungen durch giftige Gase, durch welche Narbenstenosen, sowohl des Larynx, wie des Larynx und der Trachea (2 Fälle) verursacht werden, die eine Laryngostomie notwendig machen. Auch der Oesophagus kann durch Gas verbrannt werden und daraus eine schwere Stenose resultieren.

G. berichtet ferner über einen Fall von Tracheozele infolge Ruptur der mittleren Trachealringe durch den heftigen Luftdruck einer explodierenden Granate; der Verletzte hatte im Moment der Explosion den Mund offen gehabt.

Die Behandlung per vias naturales ist ausser bei den Läsionen des Oesophagus und der Trachea, wo sie aber einzig endoskopisch erfolgen muss, immer unbefriedigend.

Bei Verletzungen des Larynx ist die Laryngostomie oder, wenn sie auf die Trachea übergreifen, die Laryngo-Tracheostomie zu machen; in einem Fall, wo die Stimmbänder intakt waren, wurde eine Kriko-Tracheostomie gemacht, ohne die Stimmbänder zu berühren.

Lannois und Sargnon: Laryngo-tracheale Stenose infolge Gasvergiftung (Yperite).

Bericht über einen Fall von multiplen Stenosen der Trachea und wahrscheinlich auch der Bronchien bei einem Patienten, den sie mehrere Monate nach der Vergiftung tracheotomiert und bronchoskopiert haben. Keine Zeichen von Tuberkulose oder Syphilis. Der Patient hat die schweren Komplikationen des Anfangs überstanden; es ist ausgesprochene Narbenbildung entstanden, begleitet von purulenter Bronchorrhoe und fibröser Pleuro-Pneumonie an der linken Lungenbasis. Solche Fälle sind sehr selten.

Laberndie (Paris): Schnelle Entfernung von Geschossen aus der Pharynxregion durch den Mund unter gleichzeitiger Kontrolle durch den Röntgenschirm und Stirnlampe.

L. hält diese Methode für leichter und weniger kompliziert als die Entfernung von aussen. Er hat im Laufe des Jahres 1918 dreimal so operiert und das Geschoss entfernen können.

Trétrôp (Antwerpen): Zersplitterung der vorderen und äusseren Wand der linken Kieferhöhle durch ein Geschoss.

Das Geschoss war unterhalb der Mitte des rechten Jochbogens eingedrungen, hatte in schräger Richtung die obere Partie der hinteren äusseren Wand der rechten Kieferhöhle, die Nasenhöhle und die linke Kieferhöhle durchbohrt und die hintere äussere Wand der letzteren nebst der Haut zertrümmert. Der Sinus lag offen, seine Eiterung wurde mittels direkter Pinselungen mit Jodlösungen bekämpft; schliesslich vernarbte die äussere Wunde.

Guisez: Allgemeinnarkose mittels Intubation bei den grossen Operationen an Kopf und Hals.

G. setzt die Vorteile der Narkose mittels peroraler Tubage auseinander; unter ihnen ist zu betonen die fast völlige Unterdrückung des Erbrechens nach Chloroformnarkose. Auch macht dies Verfahren das Verschlucken der Chloroformdämpfe mit seinen Folgezuständen von seiten des Magens (akute Dilatation) unmöglich, die oft begleitet sind von Reizzuständen, Ulzerationen, nekrotischen Stellen in der Magenschleimhaut.

Armangand: Die Laryngitiden bei Gasvergiftung und die Kur in Cauterets.

A. hat eine Anzahl von Laryngitiden nach Gasvergiftung gesehen. Die giftigen Gase rufen im Kehlkopf 2 Arten von Verletzungen hervor: 1. Schwere Verletzungen, bestehend in Verbrennungen 2. Grades mit Abstossung abgestorbener Gewebsstücke, mit Stenosen und Narbenbrücken als Folgezustand. Diese Formen sind für eine Thermalbehandlung nicht geeignet. 2. Mittlere und leichte Verletzungen, bestehend in Rötung der Stimmbänder, Kongestion der Glottis und der Regio subglottica ohne Ulzerationen. Diese Formen heilen und lassen als Folgezustand gewöhnliche chronische Laryngitis zurück mit Infiltration der Stimm- und Taschenbänder, Heiserkeit, Aphonie, bisweilen Schleimabsonderung zwischen den Stimmlippen. Für solche Fälle ist eine Thermalbehandlung in Cauterets sehr geeignet.

Bar (Nizza): Betrachtungen über die Diagnose der syphilitischen und tuberkulösen osteo-periostalen Ulzerationen des Gaumengewölbes.

Verf. geht von 2 Fällen aus, um die Schwierigkeiten der Diagnose in manchen dieser Fälle zu illustrieren. Der erste Fall betrifft eine Tuberkulose, die im letzten Stadium der Lungenschwindsucht auftrat und bei der tiefe Ulzerationen des Gaumengewölbes vorhanden waren, zum Teil mit Nekrosen wie bei Syphilis. Der zweite Fall betrifft ein junges Mädchen, bei dem das vordere Drittel des Gaumengewölbes ein Knötchen zeigte vom Aussehen eines grossen Tuberkels, der bald ulzerierte; die Patientin war anämisch und von schlechtem Allgemeinzustand, es lag kein Grund zum Verdacht au Syphilis vor und man dachte vielmehr an beginnende Tuberkulose. Sie heilte auf Hg und Jodkali in hohen Dosen; es stellte sich heraus, dass es sich um eine durch die Amme übertragene Syphilis handelte.

Man darf also bei diesen osteo-periostalen Geschwüren nicht gleich an Syphilis denken, obwohl sie in den meisten Fällen syphilitischer Natur sind. Es gibt Bastardformen, deren Diagnose sehr schwierig ist, Kombinationen von Syphilis mit Skrophulose, Tuberkulose, Sporotrichose, Streptokokzie.

Koenig: Ein Fall von Siebbeineiterung mit ausschliesslichen Augensymptomen; Heilung durch Operation.

Fall, betreffend eine Frau, die seit 3 Wochen an unerträglichen Schmerzen im linken Auge litt mit vollkommenem Verlust des Akkationsomodvermögens auf diesem Auge. Eröffnung eines Abszesses im hinteren Siebbein brachte augenblickliches Verschwinden dieser Symptome.

G. Liébault (Paris): Oberkieferempyem und Albuminurie.

L. bezeichnet als eine besonders häufige Art des chronischen Highmorshöhlenemphyems eine „forme fruste“, die sich nur durch eine etwas reichlichere Nasensekretion als in der Norm und etwas schleimig-eitriges, aus dem Nasenrachenraum stammendes Sekret äussert. Diese Empyeme haben bisweilen einen

Einfluss auf die Nieren; es entsteht Albuminurie, die erst mit der Heilung des Empyems verschwindet. Bei Albuminurie, für die sich keine Ursache auffinden lässt, empfiehlt es sich also, auch die Nebenhöhlen zu untersuchen.

(Nach einem Bericht in der „Presse médicale".)

III. Briefkasten.

Professor Dr. Jul. Hegener (Hamburg) wurde zum ausserordentlichen Professor für Oto-Laryngologie an der neu errichteten medizinischen Fakultät in Hamburg ernannt.

Wie uns unser verehrter Mitarbeiter Professor Dr. O. Seifert (Würzburg) mitteilt, ist er durch seinen angegriffenen Gesundheitszustand gezwungen, seine Lehrtätigkeit aufzugeben. So schmerzlich ihm dieser Entschluss wird, so aufrichtig ist das Bedauern seiner zahlreichen Freunde und Schüler, ihn von der Stelle scheiden zu sehen, an der er so lange Zeit erfolgreich gewirkt hat. Möge ihm ein langes und ungetrübtes Otium cum dignitate beschieden sein! Zu unserer Freude wird Professor Seifert seine Tätigkeit am Centralblatt, dessen Mitarbeiter er seit über 30 Jahren ist, auch weiterhin beibehalten. F.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXV. Berlin, August. 1919. No. 8.

I. Referate.

a) Aeusserer Hals, obere Luftwege.

1) **Siegfried** (Potsdam). **Frühzeichen des tiefen Halsabszesses.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 112. H. 1. 1919.*

In einem vom Verf. beobachteten Fall hatte der Pat. abgesehen vom Druckschmerz dauernde Schmerzen nicht in der Gegend des Abszesses selbst, sondern in der Gegend des Ohres, der Schläfengegend und der äusseren Wangengegend. Auf Grund seiner Untersuchungen gelangt Verf. zu folgendem Ergebnis: Treten bei einem mit Fieber und heftigen — zuweilen auch geringen — Allgemeinerscheinungen erkrankten Menschen Schlingbeschwerden und Schmerzen in der Gegend des äusseren Ohres auf, sowohl davor als auch dahinter, und fehlt bei einem solchen Kranken jeglicher Befund im Ohr, Rachen und auf den Mandeln, so muss an einen tiefen Halsabszess gedacht werden. Der Grund hierfür ist folgender: Der tiefe Halsabszess liegt an der Innenfläche des Kopfnickers, auf welche der dritte Halsnerv entlang zieht. Dieser dritte Halsnerv hat einen vorderen Ast, der durch Vermittelung der Ansa cervicalis superficialis, und einen hinteren Ast, der unmittelbar in Verbindung steht mit den zahlreichen sensiblen Fasern des N. facialis vor und hinter dem äusseren Ohr. Ein Reiz des dritten Halsnerven, wie es durch den in seiner Höhe gelegenen Eiterherd gegeben ist, muss also in diese Gegend fortgeleitet werden, in welcher jene Kranke Schmerzen zu haben glauben. Derselbe dritte Halsnerv führt in zentraler Richtung in der Bahn des N. accessorius dem Plexus pharyngeus Fasern zu; durch deren Vorhandensein wird erklärt, dass der Kranke den Reiz des dritten Halsnerven gleichzeitig auch als Schmerz beim Schlingen empfindet. FINDER.

2) **Adolf Bauer. Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Beziehungen zwischen Pleura und Halslymphdrüsen.** *Int. Centralbl. f. d. gesamte Tuberkuloseforsch. No. 5. S. 108. 1919.*

Bericht über 2 Fälle, die dafür sprechen, dass die Halslymphdrüsen mit dem Lymphabfluss der entsprechenden Pleurahöhle in enger Verbindung stehen. Offenbar dienen sie zur Entkeimung oder Entgiftung des gesamten gleichseitigen

Pleuraspaltes. Damit wächst ihre diagnostische Bedeutung, die Verf. schon in früheren Arbeiten betonte. FINDER.

3) **Jacques** (Nancy). **Die Grippeepidemie von 1918 und ihr Verhalten zu den oberen Luftwegen. (La grippe de 1918 et les premières voies aériennes.)** *L'oto-rhino-laryngologie internat. Mai 1919.*

Man nimmt allgemein an, dass der Influenzaerreger vor allem zuerst in den oberen Luftwegen sich ansiedelt, fehlt doch die Rhino-Pharyngitis sozusagen in keinem Falle bei Beginn der Erkrankung. Und doch hat die verflossene Epidemie auffallend wenig Komplikationen auf oto-rhino-laryngologischem Gebiete gebracht. Es fehlten namentlich die akuten Nebenhöhleneiterungen, andererseits mussten gegenüber früher die verhältnismässig häufigen Fälle von schwerer akuter Laryngitis, ferner von Epistaxis auffallen, welch letztere wohl häufig eine Teilerscheinung der Septikämie darstellt.

Den verhältnismässig wenigen Fällen von Grippenotitis steht gegenüber das verhältnismässig häufige Auftreten einer Mastoiditis, deren Verlauf insofern auffiel, als oft weit abliegende vereiterte pneumatische Zellen (gegen das Occiput zu am Sulcus digastricus) die Ursache der Erscheinungen bildeten.

Verf. wendet sich dann noch gegen die verschiedenen Verfahren, welche bezwecken sollen, sei es mechanisch das Eintreten der Keime in die Nase zu verhindern, oder chemisch dieselben zu vernichten. Die einzige Möglichkeit, gegen die Infektion erfolgreich aufzukommen, besteht darin, uns zur Einverleibung und Verbreitung des Desinfektionsmittels innerhalb des Organismus uns des Blutweges zu bedienen. Dabei dürfte vor allem dem Jod und seinen Verbindungen noch eine wichtige Rolle beschieden sein. SCHLITTLER.

4) **E. Bennewitz** (Dresden). **Obere Luftwege — Stoffwechselkrankheiten.** *Zeitschrift f. Lar. Bd. 9. S. 1. 1919.*

Verf. versucht an Hand ausgewählter typischer Krankheitsfälle einen Zusammenhang zwischen Stoffwechselerkrankung und krankhaften Veränderungen im Bereich der Nase und ihrer Nebenhöhlen sowie des Pharynx, der Tonsillen und der Mundhöhle nachzuweisen.

Die akuten Erkrankungen der oberen Luftwege entstehen wohl im allgemeinen infolge Einwirkung von Bakterien und Disposition, es resultieren aber aus ihnen chronische Veränderungen meistens nur, weil eine Grundkrankheit (Stoffwechselerkrankung) nicht vorliegt. Unter diesen ist es namentlich die Gicht, welche nach Ansicht von Verf. in gewissen Fällen in Zusammenhang steht mit Rhinitis chronica simplex, Pharyngitis sicca, Tonsillitis chronica, Pyorrhoea alveolaris, Nebenhöhleneiterungen. Eine kausale Behandlung solcher Fälle kann natürlich nur bestehen in Behandlung des Grundleidens, operative Eingriffe bringen kein befriedigendes Resultat. SCHLITTLER.

5) **Johann van Husen. Ein Beitrag zur Kenntnis des Boeck'schen Miliarlupoids und seiner Beziehung zu Erkrankungen anderer Organe.** *Dermatol. Zeitschr. Bd. 28. H. 1. Juli 1919.*

Der Fall — es handelte sich um ein typisches Boeck'sches Miliarlupoid der

Haut, und zwar um eine Kombination der diffus infiltrierenden mit der grossknotigen tuberösen Form — verdient hier erwähnt zu werden, weil auch eine Miterkrankung der Nasenschleimhaut vorhanden war. Es bestand im knorpeligen Septum eine pfennigstückgrosse Perforation. Der mikroskopische Befund stimmt völlig überein mit dem einzigen von Boeck auch mikroskopisch untersuchten und mitgeteilten Fall.

FINDER.

6) **Percival P. Cole. Behandlung der Schleimhautwunden der Mundhöhle und Nase. (Treatment of wounds involving the mucous membrane of the mouth and nose.)** *The Lancet. No. 1. 1918.*

Illustrierter Artikel über eine Anzahl durch Plastik behandelter Fälle.

FINDER.

7) **F. Blumenfeld** (Wiesbaden). **Erfahrungen über das Verhalten der Luftwege bei Kampfgasvergiftung.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 9. S. 21. 1919.*

An Hand seines Materiales von 500 Fällen konnte Verf. folgendes beobachten:

Die Schleimhaut der Nase ist viel seltener erkrankt als diejenige des Rachens, des Larynx, der Luftröhre und ihrer Verzweigungen. Es finden sich an den lädierten Schleimhäuten die gewohnten Verätzungserscheinungen mit ihren Uebergängen von der entzündlichen Rötung und Schwellung (Epitheltrübung) bis zur Verschorfung mit schwarzem Grund. Die Nasenschleimhaut bot meistens nur das Bild des akuten Schnupfens, hingegen fanden sich am Lippenrot, ebenso an der Schleimhaut der Wangen, der Zunge, des Zahnfleisches z. T. tiefe, ausgedehnte Brandgeschwüre. Im Rachen fiel häufig das lymphoide Gewebe durch starke entzündliche Mitbeteiligung auf, im Kehlkopf kam es besonders häufig zu ödematöser Schwellung der Taschenbänder, sowie der Hinterwand, ebenso zu subglottischer Schwellung.

Von grösster Wichtigkeit für den Krankheitsverlauf sind die Veränderungen der Luftröhrenschleimhaut, welche sehr häufig schwere und ausgedehnte Verschorfungen aufweist, wie Obduktionen einwandfrei dargetan haben. Die Lunge endlich wies in vielen Fällen einen Zustand auf, den wir am besten als akute Lungenblähung bezeichnen, daneben lagen in den ersten Tagen die klinischen Erscheinungen der Bronchitis, später Zeichen der Pneumonie und trocknen Pleuritis vor.

Die subjektiven Beschwerden bestehen entsprechend der Lokalisation der Verbrennungen in Schmerzen und unstillbarem Husten, ferner wurde ausgesprochene Zyanose und Dyspnoe oft angetroffen, selbst in Fällen, wo keine Pneumonie, sondern nur Lungenblähung vorlag.

Im weiteren bilden die bei Kampfgasvergiftungen am Menschen gemachten Beobachtungen eine Bestätigung der von Friedrich von Müller und seiner Schule am Tierexperiment gewonnenen Resultate über Keimfreiheit und Ansiedlung von Mikroorganismen in den tieferen Luftwegen: Durch das Eindringen der Gase in die tieferen Luftwege geht die Keimfreiheit derselben verloren; es dringen die Bakterien vom Pharynx in den Larynx und dann weiter hinab in die Trachea, in Bronchien und Lungenalveolen Schritt für Schritt vor, und es kommt auf diese

Weise zur katarrhalischen Bronchitis und Bronchopneumonie. Es sind also alle jene Fälle, welche primär das Bild der Lungenblähung zeigen, prognostisch ungünstiger zu bezeichnen wegen des Eintrittes von Lungenkomplikationen.

SCHLITTLER.

8) **Gerber** (Königsberg). **Ueber das Schicksal der ostpreussischen Sklerompatienten nebst einem Sektionsbefund.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 32. H. 2.*

In einem Bericht über den Verlauf von 34 Skleromfällen weist Verf. auf die Tatsache der Heilbarkeit des Skleroms hin. Er warnt an der Hand einer in extenso gegebenen Krankengeschichte vor der so häufig stattfindenden Verwechselung des Skleroms mit der Tuberkulose. Eine genaue Kenntnis laryngologischer Prozesse wird den Untersucher vor diesem Irrtum bewahren.

BRADT.

9) **Herbert Tilley. Eine Betrachtung über die Behandlung der Fremdkörper in den unteren Luftwegen und dem Oesophagus. (A consideration of the treatment of foreign bodies in the lower air-passages and the oesophagus.)** *The Lancet. 23. Februar 1918.*

An der Hand einer Anzahl besonders illustrativer Fälle zeigt Verf., dass die endoskopische Methode die einzige sichere Methode zur Entfernung von Fremdkörpern aus den unteren Luftwegen und der Speiseröhre darstellt, da sie unter Leitung des Auges geschieht und dass sie in der grossen Mehrzahl der Fälle die einzige zu rechtfertigende Behandlungsmethode ist. Verf. hat jetzt die Anwendung des Brünings'schen Instrumentes zugunsten des von Chevalier Jackson aufgegeben; er sieht einen Vorteil der distalen Beleuchtung in dem freieren Beobachtungsfeld und leichterer Handhabung der Instrumente. Verf. schildert die Symptomatologie der Fremdkörper und ihre Entfernung mittels Bronchoskopie und Oesophagoskopie.

FINDER.

10) **E. Mezger** (Calw). **Zur Kasuistik der plötzlichen Todesfälle.** *Württemb. Korresp.-Blatt. No. 24. S. 216. 1919.*

Ein 11jähriger Knabe war, nachdem im Laufe des Nachmittags 10 Spulwürmer erbrochen worden waren, im Schlafe durch Eindringen eines Spulwurms in die Trachea erstickt.

SEIFERT.

11) **A. Maurice** (Paris). **Die Anwendung von Joddämpfen in der Oto-Rhino-Laryngologie.) (L'enfumage jodé en oto-rhino-laryngologié.)** *Le Progrès médical. 21. Juni 1919.*

Verf. erzeugt die Joddämpfe durch Spaltung von Jodoform mittels Hitze. In einer mit einem Richardson'schen Zerstäuber versehenen Flasche ist das Jodoform enthalten; in das Innere der Flasche taucht ein Galvanokauter. Er hat die Joddämpfe bei lakunärer Tonsillitis angewandt, indem er sie direkt in die Lakunen hineinleitete; nach 2 Tagen soll eine vollkommene Desinfektion herbeigeführt sein. Anwendung der Joddämpfe bei Ozaena nach vorhergehender, sorgfältiger Reinigung der Nase sollen dazu geführt haben, dass die Borken verschwanden, der Fötor nachliess, das Sekret flüssiger wurde, die Schleimhaut ihre

normale Farbe annahm. Ermutigend waren auch die Resultate bei Kieferhöhlenerkrankungen; meist ist es nötig, eine Punktion in der Nase auszuführen und dann durch die so geschaffene Oeffnung die Dämpfe einzuleiten. Die Hauptresultate hat Verf. bei chronischer Mittelohreiterung erzielt. FINDER.

12) **Fritz Schlemmer** (Wien). **Ueber die Lokalanästhesie bei den Operationen im Bereiche der oberen Luft- und Speisewege.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 32. H. 2.*

Verf. empfiehlt die Lokalanästhesie, indem er zunächst die gegen sie erhobenen Einwendungen wegen ihrer Unzulänglichkeit zu entkräften sucht. — Er will mangelhaften Erfolg nicht auf die Methode geschoben wissen, sondern auf ungenügende anatomische Kenntnis der Nervenversorgung. Dabei weist er darauf hin, dass manche Gebiete doppelt innerviert werden und viele Anastomosen und kollaterale Nervenbahnen es erforderlich machen, mehr als an einer typischen Stelle die Nervenbahn zu unterbrechen.

Er empfiehlt auch trotz Gluck bei den grossen Halsoperationen die lokale Anästhesie und teilt dabei mit, dass er bis zu 150 ccm und mehr einer 1 proz. Novokain-Suprareninlösung zu injizieren häufig in die Lage kam, ohne irgendwelche Schädigung zu sehen. Wichtig ist die Verwendung ganz frischer, chemisch einwandfreier, körperwarmer, isotonischer Injektionsflüssigkeiten. Verf. wünscht weitgehenden Ersatz der allgemeinen Narkose durch die Lokalanästhesie, oder Kombination beider, da durch die letztere eine Anämisierung des Operationsgebietes erzeugt, die Blutung verringert und somit die Operations- also auch Narkosedauer verkürzt wird. BRADT.

b) Nase und Nasenrachenraum.

13) **O. Levinstein** (Berlin). **Ueber die Bedeutung der topographischen Lage des Tuberculum septi zur lateralen Nasenwand für die Pathologie der nasalen Reflexneurose.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 9. S. 49. 1919.*

Ueber die Bedeutung der Hyperästhesie der Nasenschleimhaut für die Entstehung der nasalen Reflexneurosen sind die Ansichten namentlich insofern geeilt, als Fränkel, Killian u. a. die Ansicht vertreten, dass das grundlegende Moment für ihre Entstehung eine partielle Hyperästhesie der Nasenschleimhaut sei, während nach Kuttner diese Hyperästhesie nicht die Ursache, sondern vielmehr ein Spmptom dieser Krankheit darstellt und ihre eigentliche Ursache höher oben, im Reflexbogen steckt.

Zweifelsohne spielt aber jedenfalls die Ueberempfindlichkeit der Nasenschleimhaut eine bedeutende Rolle und es hat daher Verf. vor allem sich die Frage gestellt, wie sich das infolge seiner reichlichen Versorgung mit sensiblen Nervenfasern überaus empfindliche Tuberculum septi bei der Entstehung der Reflexneurose verhält.

Die allgemeine Annahme, die Lage des Tuberculum septi entspreche dem vorderen Ende der mittleren Muschel, tritt Verf. auf Grund ausgedehnter ana-

tomischer Untersuchungen entgegen. Es trifft diese Annahme nur in den allerseltensten Fällen zu und das Tuberculum septi liegt mit wenigen Ausnahmen stets vor und unterhalb des vorderen Endes der mittleren Muschel, die korrespondierende Stelle an der lateralen Nasenwand ist der Processus frontalis maxillae oder das Atrium zum mittleren Nasengang. Aus diesem Grunde kommt es im allgemeinen abgesehen von speziellen Fällen (Polypen, Septumdeviation, Kristen usw.) selten zu einer Berührung zwischen Tuberkulum und gegenüberliegender Nasenwand, und es ist demnach auch die Rolle, welche das Tuberculum septi in der Aetiologie und den Verlauf der nasalen Reflexneurose spielt, nicht eine sehr bedeutende.

SCHLITTLER.

14) **A. Lauber** (Würzburg). **Ueber Anosmie.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 9. S. 57. 1919.*

Die Störungen des Geruchsinnes äussern sich als Hyposmie, Anosmie, Hyperosmie und Parosmie. Erstere ist die wichtigste Störung und unterscheiden wir nach Zwaardemaker eine Anosmia respiratoria, essentialis und centralis.

Bei der A. respiratoria liegt die Ursache im Verlegtsein des Respirationsstromes, sei es durch entzündliche oder rein mechanische, dauernde oder vorübergehende, ein- oder doppelseitige Hindernisse in der Nase selbst oder auch in den Nebenhöhlen. Ihre Prognose ist meistens günstig, die Therapie ergibt sich aus den Ursachen.

Die A. essentialis ist die Folge der Erkrankung bzw. der Zerstörung des peripheren Endapparates, der Riechzellen und der Nervenendigungen, wie sie häufig im Verlaufe von Entzündungen zustande kommt, tritt aber auch als Folge der Einwirkungen von medikamentöser Behandlung auf, ferner nach traumatischer Schädigung der Olfaktoriusfasern auf ihren Verlauf durch die Lamina cribrosa und auch nach Ozaena. Die Prognose der essentiellen Anosmie ist häufig ungünstig, die Therapie kausal.

Die A. centralis (intrakranielle, nervöse Form) betrifft Störungen im zentralen Olfaktoriusverlauf und im Bereiche des Geruchszentrums (Gyrus hypocampi und Uncus). Sie können angeboren oder erworben sein, welch letztere Form namentlich nach fieberhaften Krankheiten sich verhältnismässig häufig findet, sei es als toxische Einwirkung auf das Nervensystem (Neuritis olfactoria) oder durch das Fieber (herabgesetzte Empfindlichkeit der Geruchszentren), ferner infolge Einwirkung chemischer Agentien, nach Traumen, bei Erkrankungen des Hirns und seiner Adnexe, aber auch nach Erkrankungen am Hörorgan (als Irradiationserscheinung), bei Neurosen und Lähmungen von Hirnnerven (Fazialis, Trigeminus), sowie bei Stoffwechselkrankheiten (Anämie, Leukämie, Gicht). Die Prognose ist im allgemeinen eine schlechte, die Therapie ergibt sich aus der Aetiologie.

Am Schluss der sehr ausführlichen Arbeit tritt Verf. noch näher auf den Zusammenhang zwischen Beruf und Geruchsvermögen ein. Je nach der Wichtigkeit, welche einem guten Geruchsvermögen bei Ausübung bestimmter Berufsarten zukommt (Zigarren- und Tabakreisender, Weinhändler, Koch) kann die Entschädigung für Anosmie bis zu 20 pCt. Vollrente betragen. SCHLITTLER.

15) **W. Sterling. Ueber traumatische Anosmie zerebralen Ursprungs.** *Neurol. Centralbl. No. 15. 1919.*

Bei einer jungen Frau stellte sich nach einem Fall auf den Hinterkopf Bewusstlosigkeit ein. Das Wahrscheinliche war, dass sie in einem Anfall von Bewusstlosigkeit, wie sie deren schon öfter erlitten hatte, hingestürzt war. Es stellten sich heftiger Kopfschmerz, Kopfschwindel, Depression, mit einem Worte Symptome der Gehirnerschütterung ein in Verbindung mit Symptomen labyrinthären Ursprungs (Schwanken, Unsicherheit beim Gehen, Zittern der Bulbi). Am auffälligsten war plötzlicher und kompletter Verlust des Geruchs und partieller des Geschmacks. Verf. nimmt an, dass es sich um ein im Zustand epileptischer Bewusstseinsstörung erlittenes Trauma handelt, dass also eine traumatische Anosmie vorliegt und zwar erscheint am wahrscheinlichsten, dass ein Blutextravasat vorhanden war, das den Tractus bzw. den Bulbus olfactorius komprimierte. Doch kann man auch wegen deutlicher Symptome der Gehirnerschütterung die kortikale Lokalisation und die vorübergehende Beeinträchtigung der Funktion der Ganglienzellen der Geruchszentren nicht ausschliessen. Der Fall ging in Heilung aus.

FINDER.

16) **A. Weihl** (Würzburg). **Das Ansaugen der Nasenflügel.** *Zeitschr. f. Lar. Bd. 9. S. 30. 1919.*

Verf. schildert sehr eingehend die anatomischen Verhältnisse des vordersten Nasenabschnittes, sowie die zahlreichen und sehr verschiedenartigen Erklärungen über die behinderte Nasenatmung infolge Ansaugens der Nasenflügel. Er glaubt, dass als Ursache dafür einzig Verdickungen des Nasensteges und die funktionell auf das gleiche Resultat hinauslaufenden Luxationen der Cartilago quadrangularis in Betracht kommen, welchen gegenüber Schlaffheit der Nasenflügel und Ausfall der Muskulatur durch Inaktivitätsatrophie oder infolge neuroparalytischen Ursprunges nur eine ganz untergeordnete Rolle spielen. Es ist infolgedessen auch die Therapie eine gegebene.

SCHLITTLER.

17) **Gustav Hofer** (Wien). **Histologisches zur Ozaenafrage.** *Arch. f. Lar. u. Rhin. Bd. 32. H. 2.*

H. gibt in grossen Zügen einen Abriss von der Entwicklung der Histologie der Ozaena genuina. Des weiteren bespricht er die histologischen Studien von Amersbach bei der mit dem Bacillus foetidus Perez experimentell erzeugten Kaninchenerkrankung. Amersbach hat aus dem negativen Ausfall seiner Untersuchungen ein Argument gegen die ätiologische Bedeutung des Bazillus gemacht. A. stellte seine Befunde folgendermassen zusammen:

1. Die Metaplasie des Epithels fehlt.
2. Der Knochenschwund ist ein primärer; die bei der menschlichen Erkrankung vorhandenen Osteoklasten werden vermisst.
3. Kaninchen eignen sich für das Studium der Ozaena nicht als Versuchstiere wegen des Fehlens der Schleimdrüsen an den Muscheln.

Demgegenüber stellt Hofer die Ergebnisse der Untersuchungen bei der menschlichen Erkrankung fest:

1. Metaplasie des Zylinderepithels und Pflasterepithels, stellenweise mit Verhornung.
2. Kleinzellige Rundzelleninfiltration des Stratum mucosum, spärlich im Stratum submucosum. Bindegewebsneubildung.
3. Untergang der schleimbildenden Drüsen.
4. Verdickung und Atrophie der Gefässwandungen.
5. Verdickung des Periostes des Knochens und lakunäre Knochenresorption.
6. Auftreten von Mast- und Plasmazellen, fettiger Zerfall der Rundzellen.

Auf Grund eigener Untersuchungen an 3 Fällen menschlicher Ozaena und an Präparaten von experimenteller kommt H. zu folgendem Resultat:

Die beim Kaninchen durch Injektion des Coccobacillus foetidus experimentell erzeugte Erkrankung ist eine Rhinitis mit Atrophie des Knochens der vorderen Nasenmuschel. Sie basiert auf folgenden Veränderungen:

1. Umwandlung des flimmernden Zylinderepithels in geschichtetes Epithel mit limitierenden platten Zellen.
2. Rundzelleninfiltration, Exsudatbildung, sowie Anschoppung der Gefässe in der Mukosa.
3. Lakunäre Resorption im Knochen, mit Bildung von Riesenzellen.

Hofer schliesst aus seinen Befunden, dass die histologischen Veränderungen bei der menschlichen Erkrankung und der experimentell beim Tier erzeugten durchaus gleichwertig sind, soweit die anatomischen Verhältnisse dies zulassen. Die Ansicht von der ätiologischen Bedeutung des Coccobacillus foetidus für die genuine Ozaena wird dadurch wesentlich gestützt.

BRADT.

18) **Stenger. Endonasale Behandlung von Augenorkrankungen.** Verein f. wissenschaftl. Heilkd. Königsberg i. Pr., Sitzung v. 13. 1. 1919. *Deutsche med. Wochenschrift. No. 9. S. 251. 1919.*

Nach St. können Optikuserkrankungen nicht nur durch Eiterungsprozesse in den Nasennebenhöhlen entstehen, sondern auch durch eine gestörte Funktion der Nase in Form mangelnder Ventilation, bedingt durch anatomischen Aufbau bzw. Veränderungen im Bereiche des mittleren Nasengangs. Im besonderen sind es drei Typen im Nasenaufbau, die den Anlass geben, dass die Disposition zur Verlegung der Ausmündungsgänge der Nebenhöhlen gegeben ist. 1. Verlegung des mittleren Nasengangs durch Septumdeviation bei zurückverlagerter mittlerer Muschel. 2. Grosse blasige mittlere Muschel, die den mittleren Nasengang völlig verlegt. 3. Stark ausgebildete Bulla ethmoidalis mit Anlagerung an die mittlere Muschel. Auf Beseitigung einer gestörten Ventilation in den Nebenhöhlen sind die Fälle zurückzuführen, in denen nach scheinbar unbedeutenden Eingriffen in der Nase (Muschelentfernung usw.) die Störungen am Optikus zurückgingen. St. operierte, von den obigen Gesichtspunkten ausgehend, im ganzen 18 Fälle mit Erfolg. Dieser ist um so besser, je zeitiger die Behandlung einsetzt, nach 2—3 Monate lang bestehender Augenerkrankung ist die endonasale Behandlung aussichtslos.

R. HOFFMANN.

19) **Eskuchen** (München-Schwabing). **Die aktive Immunisierung gegen Heufieber. Nachschrift zu dem Artikel in No. 7 der Deutschen med. Wochenschr., s. das Referat in diesem Centralblatt.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 12. S. 323. 1919.*

Die Pollenvakzine ist zu haben in der Fabrik für pharmazeutische Präparate Wilh. Natterer in München, Bothmerstrasse. Gebrauchsanweisung von derselben Firma. Mit der Behandlung muss baldigst begonnen werden, wenn sie noch Erfolg haben soll.

R. HOFFMANN.

20) **Octavia Lewin. Nasenhygiene und nationale Gesundheit. (Nasal hygiene and national health.)** London Association of the medical women's federation, 1. Juli 1919. Bericht. *Brit. med. journ. 12. Juli 1919.*

L. hielt auf der Tagung des Bundes weiblicher Aerzte einen Vortrag über obiges Thema und demonstrierte mehrere Fälle von Kindern, die ohne Operation erfolgreich wegen Nasenverstopfung und Schwerhörigkeit behandelt worden waren. Sie demonstrierte auch einen Fall von Stenose der Choanen nach Operation von Adenoiden bei einem Kinde, das Diphtheriebazillenträger war. Sie betont, dass viele Operationen vermieden werden könnten durch Atemübungen.

Miss Lowry hielt einen Vortrag über „Die Nase in Beziehung zu Allgemeinerkrankungen". Sie wies auf die Bedeutung von Nasenobstruktion und Nebenhöhlenerkrankungen bei Krankheiten des Respirations-, Nerven- und Verdauungssystems und gab Beispiele für Irrtümer in Diagnose und Behandlung dieser Krankheiten. Sie erwähnte auch einige von den Patientinnen festgehaltene abergläubische Vorstellungen über den Zusammenhang zwischen gynäkologischen Krankheiten und Nase und Hals; sie hält es für bedauerlich, dass solche Behauptungen noch in den Lehrbüchern für Gynäkologie zu finden sind und augenscheinlich in Abhandlungen und Büchern über Hals- und Nase übernommen werden.

FINDER.

21) **Lange. Osteom der linken Stirnhöhle.** Med. Ges. zu Göttingen, Sitzung v. 12. Dezember 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 9. S. 254. 1919.*

18 jähriges Mädchen bemerkt seit $^3/_4$ Jahren eine langsam zunehmende Schwellung über dem linken Auge, die nach und nach das Auge nach unten drängt. Das über walnussgrosse elfenbeinharte Osteom sass der hinteren Stirnhöhlenwand auf, hatte die vordere Wand aufgetrieben und zum Teil durchbrochen. Die Stirnhöhle besonders in ihrem medialen Teile gut erhalten, lässt sich um den Tumor gut abgrenzen, ihre Schleimhaut ist kaum verändert. Unter Wegnahme eines gut zweimarkstückgrossen Teils der hinteren Wand lässt sich der Tumor gut entfernen. Primäre Naht. Heilung. Keine Störungen am Auge weder vor noch nach der Operation.

R. HOFFMANN.

22) **Hinsberg. Operierte Stirnhöhleneiterungen.** Breslauer med. Vereine, Sitzung v. 11. Oktober 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. S. 224. 1919.*

Demonstration zweier Fälle operierter Stirnhöhleneiterung. Früher hat H. die Killian'sche Methode angewandt, aber wegen der nicht befriedigenden

kosmetischen Resultate bevorzugt er jetzt die Jansen'sche. Er hat noch 6 andere Fälle mit gutem Erfolg operiert. (Ref. hat die gleich guten Erfahrungen mit der Jansen'schen Methode gemacht bei Auswahl der geeigneten Fälle!)

R. HOFFMANN.

23) **Streit. Granatsplitter im linken Stirnhirn.** Verein f. wissenschaftl. Heilkd. Königsberg i. Pr., Sitzung vom 2. Dezember 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 5. S. 144. 1919.*

Vorstellung eines Soldaten, der seit seiner Verwundung (vor $2^1/_2$ Monaten) einen etwa 100 g schweren Granatsplitter im linken Stirnhirn beherbergt. Ausser lokalen durch die Verwundung direkt bewirkten Symptomen (Lähmung des Obliquus superior und des Lidhebers) körperlich und seelisch ein ganz negativer Befund. Kopfschmerzen fehlten.

R. HOFFMANN.

24) **Hinsberg. Maligne Nasengeschwulst.** Breslauer med. Vereine, Sitzung vom 11. Oktober 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 8. S. 224. 1919.*

Vorstellung von 4 Fällen. H. hat 30 Fälle operiert. Durch postoperative Strahlentherapie wird die Rezidivgefahr verringert.

R. HOFFMANN.

25) **Kümmel. Nasenprothesen.** Naturhistorisch-med. Verein Heidelberg, Sitzung v. 17. Dezember 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 6. S. 168. 1919.*

Demonstration einer Nasenprothese, die den Zweck hat, schweren Nasendeformitäten im Anschluss an Schussverletzungen des knöchernen Gesichtsschädels entgegen zu wirken.

R. HOFFMANN.

26) **J. Joseph. Zur Gesichtsplastik mit besonderer Berücksichtigung der Nasenplastik.** Vereinigte ärztl. Gesellschaften zu Berlin, Sitzung v. 21. Januar 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 8. S. 223. 1919.*

Demonstration zahlreicher Lichtbilder und Patienten, die ein vollendetes kosmetisches Resultat erkennen lassen.

Zur Bildung der Oberlippe wurden Kinn-Halslappen, bei der Nasenplastik bei Defekten des unteren Teils Wangenlappen, bei solchen des oberen Teils vorwiegend Stirnlappen verwandt. Auch die Haut der Streckseite des Oberarms fand Verwendung.

R. HOFFMANN.

27) **M. R. Castex** (Buenos Aires). **Paroxysmale Hydrorrhoea nasalis infolge Dysthyreoidie syphilitischen Ursprungs. (Hydrorrhée nasale paroxystique due à une dysthyroïdie d'origine syphilitique.) Endocrinology (Los Angeles).** *La Presse méd. 10. Juli 1915. p. 392.*

40jähr. Frau, die seit 12 Jahren an Paroxysmen von Hydrorrhoea nasalis leidet, die jeder lokalen und allgemeinen Behandlung spottete. Die Krisen traten zuerst in längeren Abständen auf, seit 2 Jahren aber täglich 2—3mal, und zwar sowohl bei Tage wie bei Nacht, und jedesmal brauchte die Patientin etwa 50 Taschentücher. Verf. fand eine leichte Hypertrophie der Schilddrüse, keine Zeichen von Hypo- oder Hyperthyreoidismus. Die Behandlung der Schilddrüsenhypertrophie wirkte günstig auf die Hydrorrhoe; jedoch nötigte das Auftreten von Symptomen von Hyperthyreoidismus, damit aufzuhören. Da eine genauere Unter-

suchung eine leichte Ungleichheit der Pupillen und ein systolisches Geräusch über der Aorta ergab, der Gatte auch eine syphilitische Infektion zugab, und da Verf. bisweilen eine solche Infektion als Ursache von Störungen der Schilddrüsensekretion gesehen hat, so leitete er eine Behandlung mit Hg und Jod ein mit dem Erfolg, dass die Krisen fast ganz verschwanden. Die zu frühzeitige Unterbrechung der Kur führte zu einem Rückfall nach 3 Monaten, der durch Hg schnell und vollständig unterdrückt wurde.

FINDER.

c) Mundrachenhöhle.

28) **Umberto Gabbi. Ueber das Vorkommen von autochthonen Fällen von Sprue in Kalabrien und Sizilien. (Sulla presenza di casi autoctoni di sprue nella Calabria e nella Sicilia.)** *Pathologica. 1. April 1915.*

Verf. veröffentlicht 3 Beobachtungen der in Europa äusserst seltenen Aphthae tropicae. Da es sich in allen Fällen um Familien von Kaufleuten aus Seeplätzen handelt, die Handel mit dem Orient treiben, hält Verf. die Annahme für nicht ausgeschlossen, dass die Krankheit mit Waren eingeschleppt sei.

FINDER.

29) **Kausch. Parotisfistel.** Berliner med. Gesellschaft, Sitzung vom 26. Februar 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 11. S. 307. 1919.*

Zur Heilung eines Wangendefektes waren Paraffininjektionen vorgenommen worden, die zur Eiterung und Fistelbildung führten. Heilung durch die Fadenmethode.

R. HOFFMANN.

30) **Georges Portmann. Noma bei Grippe. (Noma grippal.)** *La Presse méd. 24. Juli 1919.*

Mitteilung eines einen 43jährigen kräftigen Mann betreffenden Fall. Im Verlaufe einer im übrigen milde verlaufenden Grippe trat eine Noma auf, nach verschiedenen Exzisionen, Anwendung des Kauters, tiefen Ignipunkturen, Jodapplikation, antiseptischen Pulverisationen trat Heilung ein.

FINDER.

31) **Karl Schläpfer. Zum Verschluss von Gaumendefekten mittels gestielter Halshautlappen.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 112. H. 1. 1919.*

Die Arbeit stammt aus der v. Eiselsberg'schen Klinik. Verf. skizziert an der Hand zweier Fälle den Gang der Halshautlappenplastik bei Gaumendefekten.

FINDER.

32) **J. F. S. Esser. Typische Herbeiführung von Material bei einseitigen und doppelseitigen Nasenscharten.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 112. H. 1. 1919.*

An der Hand einer Anzahl von Fällen, die durch Abbildungen veranschaulicht sind, erörtert Verf. die Vorzüge seiner spitzwinkligen Lappen aus der Nasenwangengegend, die — worauf er besonderen Wert legt — die Art. angularis in sich führen müssen. Er hat auch die Verwendung solcher Lappen für Unterlippenplastik und für Gaumenplastik beschrieben.

FINDER.

33) **H. J. Lillie** und **H. R. Lyons. Tonsillektomie bei Myositis und Arthritis. (Tonsillectomy in myositis and arthritis.)** *Journ. amer. med. assoc. 26. April 1919.*

In dieser Arbeit sind die Resultate einer Serie von 200 Fällen niedergelegt. Von 87 Patienten, die bis zu 30 Jahren alt waren, wurden 80,6 pCt. gebessert, von 113 Patienten über 30 Jahren 77,7 pCt. In 12 pCt. der Fälle trat nach Tonsillektomie eine akute Exazerbation auf; von diesen besserten sich die meisten wieder; nur in 5 Fällen trat keine Besserung ein. In der Regel war das unmittelbare Resultat in Fällen mit Gelenkschwellung, dass diese zurückging und die Schmerzen nachliessen. Die meisten Patienten, bei denen keine Besserung eintrat, gehörten zu den chronischen Fällen und wiesen bei der Röntgenuntersuchung typische Knochenveränderungen auf. Patienten über 50 Jahren wiesen gewöhnlich keine erhebliche Besserung auf.

Von den ganzen 200 Fällen wies nur in 57,7 pCt. die Anamnese auf eine Erkrankung der Tonsillen hin, in anderen waren nur geringe Anzeichen eines septischen Prozesses in den Tonsillen.

Verff. machen darauf aufmerksam, dass es notwendig ist, in jedem Fall dafür zu sorgen, dass alle septischen Prozesse an den Zähnen beseitigt werden; wenn man dies tut, wird der Prozentsatz der Heilungen grösser. FINDER.

34) .... **Plötzlicher Tod in Narkose bei Tonsillektomie. (Sudden death under an anaesthetic during tonsillectomy.)** *Brit. med. journ. 13. Juli 1919.*

Die über dieses Thema im Korrespondenzblatt des Brit. med. Journal begonnene Diskussion (s. Intern. Zentralbl. No. 7. S. 162) wird fortgesetzt.

James Donelan rät, bei Kindern bis zu 12 Jahren Chloroform zu geben; jenseits dieses Alters scheint Chloroform gefährlicher zu werden, und zwar liegt der Höhepunkt der Gefahr im Alter zwischen 15 und 20 Jahren. Ist in diesem Alter die Tonsillektomie nötig, so sollte die „offene“ Aethernarkose oder eine Modifikation der Chloroformnarkose angewandt werden. In letzter Zeit hat er auch bei Kindern unter 12 Jahren mit Chloroform die Narkose beginnen und mit Aether und Sauerstoff fortsetzen lassen. Wenn man einen zuverlässigen Narkotiseur hat, soll man ruhig die Wahl des Anästhetikums diesem überlassen; auf seine Geschicklichkeit komme es an.

T. A. Gunewardene wirft an der Hand der von ihm beobachteten Komplikationen (1 pCt. nach seinen Erfahrungen) die Frage auf, ob die Tonsillektomie nicht viel zu häufig vorgenommen wird und ob sie nicht in vielen Fällen durch palliative Massnahmen ersetzt werden könnte.

Es nehmen zu der Frage noch das Wort: J. Blomfild, C. Roney Schofield und H. Tyrell Gray; dieser verwirft prinzipiell jede partielle Entfernung der Tonsillen; er empfiehlt tiefe Aethernarkose mit vorhergehender Atropininjektion.

FINDER.

35) **Andrew Wylie** und **Wyatt Wingrave. Peritonsillarabszess mit nachfolgender Osteomyelitis, nekrotisierender Enzephalitis und Meningitis. (Peritonsillar abscess, followed by osteomyelitis, necrosing encephalitis and meningitis.)** *The Lancet. 1. Februar 1919.*

48jährige Frau. 5 Tage nach Auftreten eines rechtsseitigen Peritonsillar-

abszesses Schwellung des linken Augapfels, Schmerzen im Nacken und Hinterkopf. Als Wylie sie 11 Tage später sah, bestand links Ptosis, Protrusio, Fieber. Der Peritonsillarabszess wurde inzidiert und grosse Eitermengen entleert. Es wurde 25 ccm Antistreptokokkenserum gegeben. Der Zustand verschlechterte sich, unter zunehmender Temperatursteigerung, Benommenheit ging Pat. zugrunde. Sektion ergab, dass der Abszess sich nach hinten fortsetzte in die tiefe Zervikalfaszie zur Prävertebralregion. Eine Tasche voll grünen Eiters zog sich in den Prävertebralmuskeln zum Hinterhaupts- und Keilbein, deren Spongiosa in eine weiche, grüne, fötide Masse umgewandelt war, die sich auch in die Orbita und das Siebbein erstreckte. Diffuse eitrige Meningitis über dem ganzen Gehirn. Nekrotisierende Rindenenzephalitis bis zu einer Tiefe von 3 cm über der rechten Temporo-Sphenoidalregion. Alle Ventrikel waren mit grünem Eiter erfüllt. Bulbus jugularis, Sinus sigmoideus und lateralis thrombosiert. Im Eiter Streptokokken, Staphylokokken, Myzelien, plumpe Formen von Spirochaeta foetida nebst einigen diphtheroiden Bazillen.

FINDER.

d) Diphtherie und Croup.

36) **F. Schweriner. Diphtheriebazillenträger und systematische Diphtheriebekämpfung.** *Zeitschr. f. Hygiene. Bd. 28. H. 2.*

Man unterscheidet zweckmässig 3 Gruppen von Bazillenträgern: 1. Diejenigen, bei denen nach abgelaufener diagnostizierter Erkrankung noch längere Zeit ihre Bazillen in Rachen oder Nase beherbergen. 2. Die, bei denen die Diphtheriebazillen eine leichte und von den Befallenen nicht beachtete oder vom Arzt nicht als spezifisch erkannte Erkrankung gesetzt haben und die im Anschluss hieran die Bazillen lange Zeit nicht wieder los werden. 3. Die, welche Bazillen auf der Rachen- oder Nasenschleimhaut tragen, ohne selbst krank gewesen zu sein. Was die Therapie anbelangt, so ist bisher ein sicheres Mittel zur dauernden Vertreibung der Bazillen nicht gefunden. Immerhin wird die regelmässige Anwendung eines Desinfektionsmittels den Erfolg haben, die Bazillen auf der Oberfläche der Schleimhaut wenigstens zeitweise abzutöten.

Verf. hat die Erfolge einer systematischen Feststellung und Isolierung der Bazillenträger an den Truppenteilen einer grösseren Garnison in den Jahren 1915 bis 1918 beobachten können und hat gefunden, dass es durch sofortige bakteriologische Untersuchung jeder verdächtigen Erkrankung, Isolierung der Umgebung jedes erkannten Falles und Verlegung der gefundenen Bazillenträger in die Isolierabteilung nicht nur gelingt, Häufungen von Erkrankungen zu vermeiden, sondern dass, wenn die Bekämpfung der Bazillenträger erst einmal längere Zeit durchgeführt ist, auch die Zahl derer erheblich sinkt, die man durch Isolierung oder Kontrolle in ihrer Freiheit beeinträchtigen muss.

FINDER.

37) **Johann von Bókay. Hautemphysem bei intubierten Croup-Fällen.** *Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 39. H. 6. 1919.*

Das Hautemphysem bei Intubation ist ein sehr seltenes Vorkommnis. Verf. hat in seinem mehr als 2000 Fälle umfassenden Material von Intubationen ins-

gesamt nur 4 solche Beobachtungen finden können. Diese Beobachtungen werden hier mitgeteilt. (Zwei bereits publiziert von seinem Assistenten L. Bauer in Gyógyàszat, 1914, Nr. 42.)

In Fall 1 und 2 zeigt die Krankengeschichte, dass die untere Tubusöffnung durch eine ziemlich voluminöse freigewordene Pseudomembran verstopft wurde, die darauf eingetretene Atmungsbehinderung löste sehr heftigen Hustenreiz aus, so dass der Tubus und mit diesem auch die Pseudomembran aus dem oberen Luftweg ausgestossen wurden. Die Symptome gingen schnell zurück und die Patienten genasen. In beiden Fällen war es infolge des Hustens zu einer starken Druckbelastung der Alveolarwand und zur Ruptur derselben gekommen. Eine Alveolenruptur lag auch im vierten Falle vor; der Fall kam ad exitum und, wie die Sektion ergab, bestand auch subpleurales und mediastinales Emphysem; das Moment, an das sich in diesem Falle die Alveolenruptur knüpft, ist nicht ganz klar. Im dritten Fall ging das Hautemphysem aus von einer schweren Kehlkopfläsion infolge forcierter Einführung des Tubus. Der Fall kam ad exitum.

Die Prognose ist in den Fällen von Alveolenruptur infolge heftiger Hustenstösse nicht ungünstig, wenn die den Husten beseitigende Ursache beseitigt wird; sie ist infaust bei Hautemphysem infolge falscher Wegbildung. FINDER.

38) **F. M. R. Walshe. Ueber die Pathogenese der diphtherischen Lähmung. (On the pathogenesis of diphteritic paralysis.)** *The Quarterly journ. of med. Vol. 11. No. 43. April 1918. Vol. 12. No. 45/46. Oktober 1918.*

Es könnte vieles für die Annahme sprechen, dass die diphtherische Lähmung, wenigstens in ihrem initialen und charakteristischen Stadium, dem des Befallenseins der Hirnnerven, eine aszendierende Infektion des Zentralnervensystems darstellt, indem das Toxin in den perineuralen Lymphräumen der die Tonsillen und den Rachen innervierenden Hirnnerven empor zur Medulla geht. Diese Annahme könnte aber für den Okulomotorius nicht zutreffen. Es ist vielmehr im höchsten Grade wahrscheinlich, dass es nicht das in den Lymphkanälen der Nerven aufsteigende Toxin ist, das die Lähmung hervorruft, sondern seine Wirkung auf das Zentralnervensystem, d. h. auf die Kerne der befallenen Nerven.

Die — später als diese Hirnnervenlähmung auftretende — klinisch einer multiplen Neuritis ähnelnde allgemeine Lähmung ist ein Teil der allgemeinen Toxämie.

Auf Grund einer grösseren Anzahl klinisch beobachteter Fälle von Rachendiphtherie und extrafauzialer Diphtherie (Wund- und Hautdiphtherie) kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

Gaumensegellähmung entsteht nur nach Rachendiphtherie; die Muskulatur des Gaumens und des Infektionsherdes erhalten ihre Innervation aus derselben Quelle, dem Glosso-Pharyngeus-Vagus-Akzessorius-Kerngebiet und seinen peripheren Fasern, sie sind also anatomisch nahe verbunden. Ebenso zeigt bei extrafauzialer Diphtherie die Lähmung oft (27 pCt.) einen Sitz, der anatomisch in Beziehung steht zu dem Infektionsherd. Akkommodationslähmung folgt beiden Formen der Diphtherie, ist aber bei Rachendiphtherie bei weitem häufiger. Die

Gaumenlähmung bildet die „lokale", die Augenaffektion die „spezifische", die Polyneuritis die „generalisierte" Form der diphtherischen Lähmung. FINDER.

39) J. D. **Rolleston. Isolierte Diphtherie der Nase. (Isolated nasal diphtheria.)** *Brit. journ. of children's diseases. Januar/März 1919.*

Verf. hat 55 Fälle von isolierter Nasendiphtherie beobachtet, diese verteilten sich auf 3000 Diphtheriefälle. Der Prozentsatz betrug also 1,5 pCt., während der Prozentsatz der Fälle von Nasendiphtherie bei gleichzeitiger Rachendiphtherie 20,6 pCt. betrug. Das Alter variierte von 5 Wochen bis 16 Jahren, dazu kamen zwei Erwachsene von 26 und 51 Jahren. Das Alter spielte keine Rolle; es schien, als ob auf die kälteren Monate die grössere Zahl der Fälle fiel. Die Prodromalerscheinungen bestanden in Kopfschmerz, Halsschmerzen, Schüttelfrost und Erbrechen. Der Ausfluss aus der Nase war bald wässrig, bald eitrig; bald waren nur Borken vorhanden. In 15 Fällen konnte man das Vorhandensein von Pseudomembranen in der Nase ohne Spiegel konstatieren. Häufig bestand Rötung und Exkoriation am Naseneingang; Schwellung der submaxillaren und zervikalen Drüsen; die Temperatur war nur in 11 Fällen normal oder subnormal, in allen übrigen erhöht. Kein Fall machte den Eindruck, schwer krank zu sein; daraus erklärt es sich auch, dass die Hälfte der Fälle erst 1 Woche nach Beginn der Krankheit, die übrigen erst nach 2 Wochen bis 3 Monaten in das Krankenhaus aufgenommen wurden. In 16 Fällen hatten eins oder mehrere Familienmitglieder Diphtherie der Nase oder des Rachens. In 26 Fällen wurde die Persistenz des Diphtheriebazillus in der Nase für 45—132 Tage nachgewiesen. Unter den Komplikationen sind zu erwähnen: Albuminurie, andauernd von 24 Stunden bis 18 Tagen; Otitis; Paralysen. In zwei Fällen trat ein Rezidiv auf; in dem einen mit Lokalisation in der Nase, in dem anderen in Form von schwerster, nach einigen Tagen tödlich verlaufender Rachendiphtherie. Verf. widerrät jede örtliche Behandlung; er wendet Serum an in Menge von 3000 bis 12000 I.-E. In 4 Fällen des Autors war die Diphtherie mit hereditärer Syphilis kompliziert; in diesen Fällen ist die Prognose, die sonst gut zu stellen ist, eine schlechte. FINDER.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

40) F. D. Owsley. **Ulzerative Pneumokokken-Laryngitis. (Pneumococcus ulcerative laryngitis.)** *Annals of otology. Vol. 27. p. 874.*

Verf. begründet die Beschreibung dieser bisher in der Literatur noch nicht beschriebenen Laryngitisform auf 120 von ihm beobachtete Fälle. Das Anfangsstadium ist eine doppelseitige Ulzeration auf den Stimmlippen, gewöhnlich im vorderen Drittel, von elliptischer Form, die freien Ränder einnehmend. Eine spezifische lokale Infektion wird als Ursache angesehen: In 40 Fällen ergab ein Abstrich als einzig vorhandenen bzw. vorherrschenden Mikroorganismus den Pneumokokkus. Das einzige Symptom bestand in Aphonie; bisweilen waren auch Hustenparoxysmen besonders in der Nacht vorhanden. Als Behandlung hatte sich Lokalaplikation von Arg. nitr. nützlich erwiesen, von 2proz. Lösung steigend bis zu 5prozentiger. FINDER.

41) **John J. Levbarg. Intubation wegen Angioms des Larynx. (Intubation for angioma of the larynx.)** *The Laryngoscope. Dezember 1918.*

10 Wochen altes Kind leidet an schwerer Dyspnoe und Stridor. Bei der Geburt hatte das Kind angiomatöse Stellen an der linken Schläfe, auf dem harten Gaumen, Uvula und aussen am Hals. Direkte Laryngoskopie zeigte den Kehlkopftumor. Bei der Aufnahme hatte das Kind ausgesprochene Einziehung der Supraklavikulargruben und des oberen Teiles des Abdomens und starke Zyanose. Nach Intubation nahm die Dyspnoe allmählich ab. Gleichzeitig wurde Röntgenbehandlung eingeleitet. Während der nächsten Tage musste das Intubationsrohr zu verschiedenen Malen wieder eingeführt werden. Das Angiom verkleinerte sich und das Kind wurde entlassen. FINDER.

42) **G. Leto. Klinischer Beitrag zur Therapie der Larynxstenose mit der modifizierten Methode von Bellotti-Isonni.** *La Pediatria. Neapel. Jahrg. 24. S. 641. Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 39. H. 6. 1919.*

Die ursprüngliche Methode besteht im wesentlichen darin, dass man zur Verhinderung des Aushustens des Intubationsrohres dieses mit einem doppelten Faden fixiert, der in der Medianlinie durch die Membrana hyo-thyreoidea $^{1}/_{2}$ cm unterhalb des Zungenbeins mittels einer gekrümmten Nadel eingeführt wird. Die Nadel muss aus dem Larynx mit Hilfe des Kehlkopfspiegels und einer Pinzette herausgeholt werden. Verf. hat diese Methode insofern modifiziert, als er den Faden einfach nimmt und mit dem Zeigefinger die Innenfläche der Epiglottis abtastet, um das Ausweichen der vorne eingeführten Nadel zu verhindern, die er dann mit gekrümmter Pinzette zum Munde herausführt.

Verf. hat 5 Fälle so behandelt, von denen 3 glatt heilten. FINDER.

43) **Pick. Ueber wechselnde Stimmbandlähmung.** Verein Deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 13. Dezember 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 6. S. 168. 1919.*

Verf. beobachtete bei einem 43jährigen Eisenbahner bei bestehender Atemnot und Heiserkeit eine wechselnde linksseitige Stimmbandlähmung, derart, dass das linke Stimmband wiederholt völlig gelähmt bzw. bewegungslos war und dann wieder volle Beweglichkeit zeigte. Jetzt besteht wieder eine vollständige Lähmung. Die Röntgenuntersuchung ergab neben grober Marmorierung der Lungen starke Verziehung der Trachea nach rechts, so dass die Bifurkation fast 4 cm nach rechts steht. Schallverkürzung über beiden Oberlappen, Schnurren. Im Sputum Tuberkelbazillen.

Es handelt sich um einen der seltenen Fälle, wo als Ursache einer Rekurrenslähmung ein tuberkulöser Herd anzusehen ist, der offenbar durch starke Schrumpfung zu einer hochgradigen Verziehung der Trachea geführt und jetzt auch den Nervus laryngeus inferior sinister durch Zerrung geschädigt hat. R. HOFFMANN.

f) Oesophagus.

44) **A. Brown Kelly. Spasmus am Oesophaguseingang. (Spasm at the entrance to the oesophagus.)** *Journal of laryng., rhin and otol. No. 8. 1919.*

Es handelt sich in diesen Fällen ausschliesslich um weibliche Patienten im

Alter von 40—50 Jahren. Das Leiden begann damit, dass Würganfälle auftraten; zwischen den Anfällen waren keine Beschwerden. Die Intervalle zwischen den Anfällen wurden kürzer und schliesslich bestand konstante Dysphagie. In manchen Fällen bestand jahrelang vorher Anämie, Dyspepsie, gestörtes Allgemeinbefinden; einige der Patientinnen waren neurotisch. Die Symptome waren folgende: Dysphagie, die in Höhe des Kehlkopfs lokalisiert wurde; Notwendigkeit gründlich zu kauen und sorgfältig zu schlucken, daher Beschränkung auf halbweiche Nahrung; häufiges Steckenbleiben von Nahrungsteilen im Oesophaguseingang mit grossen Anstrengungen, sie los zu bekommen; die zum Herunterspülen des feststeckenden Bissens getrunkene Flüssigkeit wird regurgitiert; die Patientinnen sind im Hinblick auf das Essen sehr nervös und scheuen sich, ihre Mahlzeiten in Gegenwart Dritter einzunehmen. Eine Sonde passierte in manchen Fällen ohne Schwierigkeit. Verf. hat eine Anzahl von Patientinnen, bei denen die Beschwerden seit 2—33 Jahren bestanden, in Chloroformnarkose untersucht und gefunden, dass es sich um einen Spasmus handelt. Nach Einführung eines dicken Oesophagoskops waren alle Beschwerden fast mit einem Schlage beseitigt.

Verf. glaubt, dass in einer grossen Zahl dieser Fälle die primäre Ursache ein Fremdkörper war, der eine kleine Verletzung gesetzt hat, oder eine Fissur oder ein entzündlicher Zustand im Eingang des Oesophagus. FINDER.

45) **Hirschmann. Totale Oesophagoplastik.** Vereinigte ärztl. Gesellschaften zu Berlin, Sitzung vom 29. Januar 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 8. S. 223. 1919.*

Vorstellung zweier Fälle. In dem einen war die Operation bereits beendet und das funktionelle Resultat gut, der andere, ein Kind, stand noch vor der letzten Operation, die noch fehlende Verbindung zwischen dem Hautschlauch und dem zervikalen Teile des alten Oesophagus war durch ein Drain ersetzt.

R. HOFFMANN.

46) **Axhausen. Totale Oesophagoplastik.** Vereinigte ärztl. Gesellschaften zu Berlin, Sitzung vom 29. Januar 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 8. S. 223. 1919.*

Bericht über 3 Fälle. Tiefsitzende Aetzstrikturen in allen Fällen. Zur Neubildung des antethorakal angelegten neuen Oesophagus wurde für den unteren Abschnitt eine resezierte Jejunumschlinge, für den oberen ein aus der Brusthaut gebildeter Hautschlauch benutzt. Der erste Patient ist schon vor 3 Jahren operiert und die neugebildete Speiseröhre zeigt tadeliose Funktion.

Bei dem zweiten Falle, einem Kinde mit Thymushyperplasie, trat bei der dritten Operation, bei der der zervikale Teil des alten Oesophagus mit dem Hautschlauch vereinigt wird, ein plötzlicher Chloroformtod ein. Das demonstrierte Präparat dieses Falles zeigt das gut erhaltene Lumen des neuen Oesophagus.

R. HOFFMANN.

47) **Fromme. Oesophagoplastik.** Med. Gesellschaft zu Göttingen, Sitzung vom 6. Juni 1918. *Berliner klin. Wochenschr. No. 41. S. 990. 1918.*

Demonstration einer 16jähr. Patientin, bei der mit 2 Jahren durch Laugenverätzung eine Oesophagusstriktur entstanden war. Der unterste Teil des Oeso-

phagus wurde aus einer 25 cm langen Jejunumschlinge gebildet, der Anfangsteil aus dem natürlichen Oesophagus. Das Verbindungsstück zwischen beiden wurde durch einen Hautkanal hergestellt. Patientin hatte sich bis zur Operation durch eine Gastrostomiewunde ernährt.

R. HOFFMANN.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Section of Laryngology Royal Academy of Medicine.

Sitzung vom 2. November 1917.

Vorsitzender: A. Brown Kelly.

Sir St. Clair Thomson berichtet über eine augenscheinlich idiopathische spindelförmige Dilatation des Oesophagus, ausgekleidet mit Oidium albicans, bei einem 15jährigen Mädchen. Es trat zeitweise nach jeder Mahlzeit Regurgitieren der genossenen Speisen auf. Röntgenuntersuchung ergab eine Verengung am kardialen Ende des Oesophagus mit erheblicher Dilatation darüber und etwas Unregelmässigkeit des Schattens ungefähr in der Mitte des Oesophagus. Oesophagoskopie zeigt eine glatte weite spindelförmige Dilatation des Oesophagus; dieselbe ist ausgekleidet mit schmutzigweissen, sehr fest anhaftendem Material, gleich geronnener Milch. Es besteht aus Oidium albicans mit anderen Bakterien. Ausspülungen mit verschiedenen Mitteln haben an dem Zustand nichts wesentliches verändert.

Brown Kelly schlägt vor, zunächst den Kardiospasmus durch Dilatation des kardialen Oesophagusendes zu behandeln und zu sehen, ob das Oidium albicans nicht verschwindet.

Shattock ist ebenfalls der Ansicht, dass der Pilzbelag nur ein sekundäres Phänomen darstellt, dass es sich nur um eine akzidentelle Infektion eines passiv dilatierten Rohres handelt und dass Dilatation des kardialen Oesophagusendes wahrscheinlich Heilung bringen wird.

Dan McKenzie: Epitheliom des Siebbeinlabyrinths; laterale Rhinotomie.

45jährige Patientin. Das einzige Symptom war Epistaxis. Die Operation wurde in 15 Minuten ohne erheblichen Blutverlust zu Ende geführt.

Percy Goldsmith hält Operation wegen Nasensarkoms bei Patienten über 50 Jahre für bedenklich wegen der Gefahr schwerer Blutungen und Septikämie. Andererseits kann ein Patient mit einem Sarkom der Nase noch beträchtliche Zeit ohne Beschwerden leben.

Herbert Tilley wirft die Frage auf, woher es kommt, dass maligne Geschwülste der Nase durch Operation oder durch Radiumbehandlung besser beeinflusst werden, als maligne Geschwülste an anderen Körperregionen.

William Milligan nimm Bezug auf die relative Gutartigkeit der Nasengeschwülste. Er erinnert an einen Fall, in dem er vor 19 Jahren ein ausgedehntes

Rundzellensarkom des rechten und ein Jahr darauf des linken Siebbeins operierte und der bisher rezidivfrei ist.

Syme (Glasgow) hat ebenfalls 2 Fälle vor 8 Jahren operiert, die rezidivfrei geblieben sind.

Irwin Moore hat in der Sektion zwei Fälle vorgestellt, eine 50jährige Frau mit Sarkom des Oberkiefers und einen 62jährigen Mann mit Karzinom der rechten Siebbeinregion und der Vorderwand des Antrum; der Karzinomfall ist jetzt gestorben, ein Jahr nach der Operation, die Patientin mit Sarkom ist noch am Leben und ohne Rezidiv.

Norman Patterson: Resektion des Oberkiefers wegen Antrum- und Gaumenkarzinom; Nachbehandlung mit Diathermie.

Resektion des rechten Oberkiefers einschliesslich der Orbitalplatte nach vorhergehender Laryngotomie. P. lässt den Horizontalschnitt längs des unteren Orbitalrandes fort, da er ihn für überflüssig hält und durch seine Fortlassung das nachfolgende Oedem des unteren Augenlids vermieden wird. Nach Zurückziehen des Lappens nach oben und aussen kann das Orbitalperiost abgelöst und der Kieferknochen in der gewöhnlichen Weise durchtrennt werden. Da der Zustand des Patienten ein sehr schlechter war, so musste die Operation beendet werden, obwohl man sicher war, dass noch nicht alles Kranke entfernt war. Drei Wochen nach der Operation wurde die ganze Wundoberfläche mit Diathermie zerstört, wobei besonders auf die Ethmoidalregion geachtet wurde. Ein halbes Jahr später kein Anzeichen von Rezidiv.

E. D. D. Davis rühmt die Vorteile der intratrachealen Aethernarkose für diese Fälle. Hätte Patterson diese angewandt, so wäre er sicher imstande gewesen, die Operation zu vollenden.

Norman Patterson: Exstirpation der retropharyngealen Drüse wegen rezidivierenden Abszesses tuberkulösen Ursprungs.

$7^1/_2$jähriger Knabe. Ein retropharyngealer Abszess war November 1915 eröffnet; März 1917 war wieder ein Retropharyngealabszess vorhanden. Operation: Lange Inzision hinter dem Sternokleidomastoideus, Eröffnung des Abszesses. Es wurde dann nach innen vorgegangen hinter der Karotisscheide und Pharynx und die sehr vergrösserte, zum Teil verkäste, zum Teil verkalkte Retropharyngealdrüse entfernt. Die Abszesshöhle wurde vorsichtig ausgekratzt und tamponiert. Heilung. Kein Rezidiv.

F. A. Rose: Sarkom des Antrums.

Rundzellensarkom bei einem 16jährigen Knaben.

William Hill hat ebenso wie Rose in mehreren Fällen Radium angewandt; sie gingen aber schliesslich alle zugrunde. In einem Fall — bei einem alten schwächlichen Individuum — war die Geschwulst am Nasendach. Die Lamina cribriformis war ergriffen; zwei Tage nach Anwendung des Radiums trat Toxämie auf, an der Patient zugrunde ging.

Rose hat drei Fälle von Sarkom des Antrum gesehen, die alle zugrunde gingen.

W. H. Kelson: 1. Eine Tonsillenzange.

W. hat den Handgriff der Zange so umgestaltet, dass ein Tonsillotom mittlerer Grösse leicht darüber gezogen und so die Operation vollendet werden kann.

2. Lähmung des linken Stimmbandes bei 39jähr. Mann.

Vor 14 Jahren Lues; linke Pupille grösser als die rechte. Röntgenaufnahme zeigt Verbreiterung der absteigenden Portion des Aortenbogens.

Irwin Moore: Lupoide Tuberkulose des weichen Gaumens und der Uvula bei einem 8jähr. Knaben mit angeborener Syphilis.

Der Fall wurde März 1917 und 1. Juni 1917 vorgestellt.

Seitdem haben sich folgende neue Momente ergeben: Stark positive Wassermannreaktion; allgemeine und lokale Reaktion auf Tuberkulin (0,001 ccm A.-T.). Histologische Untersuchung der Uvula ergibt kapilläre Lymphangitis mit begleitendem Oedem und die Anwesenheit von Gruppen von Plasmazellen und Lymphozyten im Bindegewebe. Die Untersuchung der adenoiden Vegetationen ergab typische Riesenzellen, die der Zervikaldrüsen einige käsige Herde.

M. definiert den Fall als „Primäre Tuberkulose des Nasenrachens und Rachens, in letzterem auftretend als lupoide Form, die besonders Uvula und weichen Gaumen befallen hat". Die Bezeichnung „lupoid" ist gewählt, um eine Zwischenform zwischen Tuberkulose und Lupus zu charakterisieren.

Brown Kelly hält den Fall für einen solchen von angeborener Syphilis des Pharynx bei einem tuberkulösen Individuum.

Sir St. Clair Thomson rät zu energischer antisyphilitischer Behandlung.

Shattock hält den Fall sicher für eine Mischinfektion von Syphilis und Tuberkulose. Die Frage, ob nun die lokale Veränderung auf Syphilis oder Tuberkulose zurückzuführen sei, möchte er dahin beantworten, dass das chronische Oedem der Uvula und des Gaumens tuberkulöser Natur sei, und zwar, weil es kontinuierlich mit den zweifellos tuberkulösen Adenoiden zusammenhängt, weil die sekundäre Erkrankung der Zervikaldrüsen tuberkulös ist und weil nach subkutaner Tuberkulininjektion Besserung eintrat. Diese Auffassung, die Sh. noch aus dem histologischen Befunde begründet, bleibt bestehen, auch wenn die Untersuchung auf Tuberkelbazillen und ein Impfversuch an einem Meerschweinchen negativ ausfielen.

Irwin Moore: 1. Tertiäre Syphilis des Rachens bei 44jähr. Frau, klinisch der lupoiden Form der Tuberkulose gleichend.

Bereits vorgestellt 1. Juli 1917. Wassermann positiv. Histologische Untersuchung ergab die Zeichen chronischer Entzündung, nichts für Tuberkulose. Injektion von 0,25 Galyl brachte erhebliche Besserung; die Tracheotomiekanüle, die Pat. trägt, kann verschlossen werden.

2. Völlige linksseitige Stimmbandlähmung infolge Mediastinaltumor.

45jähr. Mann kam in das Hospital mit Klagen über Heiserkeit und dass er nur halbflüssige Speisen schlucken könne; er gab an, es sei ihm vor 3 Wochen ein Stück Fleisch im Halse stecken geblieben, das durch ein Bougie hätte herunter-

gestossen werden müssen. Es bestand erhebliches Oedem der Aryknorpelgegend und des oberen Teiles des Larynx; die Stimmbänder konnten nicht gesehen werden. Nach 8 Tagen war das Oedem zurückgegangen und man sah jetzt, dass das linke Stimmband in Kadaverposition stand. Perkussion, Auskultation und Röntgenuntersuchung ergaben das Vorhandensein eines Mediastinaltumors.

Watson-Williams: Illustrationen zur Endo-Rhinoskopie; Epidiaskop.

In einer Serie von 29 Zeichnungen wird die Bedeutung der exakten Inspektion der Nasengänge und des Nasopharynx für die Entdeckung pathologischer Zustände gezeigt, die auf andere Weise nicht zu entdecken sind z. B. schmale Eiterstreifen, die nach hinten zu aus den Keilbeinostien fliessen, kleinste Polypen in der Spheno-ethmoidalregion, beginnende maligne Geschwülste im Nasenrachenraum. Ferner die Veränderungen der Tubenmündung beim Schluckakt im Vergleich zur Ruhe. Die meisten Bilder sind gemacht mittels der Holmes'schen Modifikation des Valentini'schen Nasopharyngoskops.

Kelson hat die Versuche mit dem Instrument aufgegeben, weil die spiegelnde Fläche immer durch Eiter oder Schleim beschmutzt wurde.

Perry Goldsmith hat das Instrument besonders brauchbar gefunden, um die Tubenöffnungen, die Rosenmüller'sche Grube, die Spheno-ethmoidalregion zu Gesicht zu bekommen.

Dundas Grant: Man muss seine Augen an den Gebrauch des Instruments gewöhnen; seine Anwendung ist anfangs nicht leicht.

Sir William Milligan: 1. Ein Stück Hammelknochen aus dem Oesophaguseingang entfernt.

2. Fibro-Papillom der Trachea; Entfernung durch Operation von aussen; Heilung.

29 jähr. Patientin. Allmählich zunehmende Atemnot. Bei indirekter Untersuchung sah man an der hinteren Trachealwand eine längliche Geschwulst, die ungefähr $^5/_6$ des Tracheallumens ausfüllte. Die geringste Bewegung verursachte starke Dyspnoe. Der Befund wurde durch direkte Untersuchung bestätigt. Die äussere Wunde wurde gleich geschlossen, die Kanüle jedoch eine Woche liegen gelassen. Völlige Heilung.

3. Fraktur von vier Trachealringen; heftige Dyspnoe; Operation; Heilung.

Pat., eine Munitionsarbeiterin, geriet mit einem Schal, den sie um den Hals trug, in eine Rotationmaschine, sie wurde fast stranguliert. Heftige Dyspnoe, Schmerzen im Hals und blutige Expektoration waren unmittelbare Folge. Es wurde sofort unter Lokalanästhesie tracheotomiert. Bei Eröffnung der Luftröhre fanden sich vier Trachealringe frakturiert. Nach 3 Wochen wurde die Kanüle entfernt; wegen zunehmender Dyspnoe wurde die Kanüle jedoch wieder eingesetzt. Direkte Untersuchung zeigte, dass eine Granulationsmasse den grössten Teil der Trachea einnahm gegenüber dem II., III. und IV. Ring und das Lumen fast verlegte. Mittels Einführung von bronchoskopischen Tuben steigenden Kalibers wurde

die Trachealstriktur dilatiert; zurzeit trägt das Mädchen eine weite O'Dwyersche Tube.

Walter Howarth: Fall von Laryngektomie.

Sir St. Clair Thomson: Kongenitale Missbildung, eine Nase mit vier Nasenlöchern aufweisend.

Weibliches Kind, 4 Wochen alt. Es sind drei wohlausgebildete Nasenlöcher mit zwei Columellae vorhanden und beim genauen Hinsehen findet man auch ein kleineres viertes Nasenloch. Weitere Untersuchung mit der Sonde zeigt, dass es das äusserste Nasenloch auf jeder Seite ist, welches den wahren Luftgang darstellt, die supplementären Luftlöcher befinden sich nach innen von ihnen. Diese letzteren sind Blindsäcke. Es besteht eine Septumdeviation nach rechts.

Buckland Jones: Nasenrachengeschwulst zur Diagnose.

(Aus dem offiziellen Sitzungsprotokoll.)

---

b) Laryngologische Gesellschaft zu Berlin.

Sitzung vom 25. Oktober 1918.

Vorsitzender: Killian.

Seemann: 2 Fälle von angeborener submuköser Spaltung des harten Gaumens.

Es handelt sich um eine Hemmungsmissbildung. Die Fälle werden oft übersehen. Sie kommen ihrer mehr oder weniger nasalierten Sprache wegen zur Behandlung; diese ist bisweilen so stark, dass der Verdacht einer offenen Gaumenspalte erweckt wird. Der Gaumen scheint intakt; das Gaumensegel bewegt sich normal. Tastet man den Gaumen ab, so findet man an seinem hinteren Rand einen dreieckförmigen, oft scharfkantigen Spalt. In typischen Fällen legt sich bei der Phonation die Schleimhaut in den Spalt hinein. Häufig, aber keineswegs immer findet man eine Spaltung der Uvula. S. warnt davor, in solchen Fällen adenoide Vegetationen zu entfernen, da sie wesentlich dazu beitragen, den physiologischen Abschluss zwischen Mund- und Nasenhöhle bei der Phonation zu ermöglichen.

Heymann: a) Fall von weissem kreidigen Belag im Kehlkopf seit 4—5 Tagen bei gleichzeitiger Rötung und Schwellung der Stimmbänder. Die klinische Diagnose lautete auf Diphtherie. Die Untersuchung des Abstriches fiel zuerst negativ aus; die zweite Untersuchung ergab Diphtheriebazillen.

b) Vernarbter Defekt der Epiglottis. Es handelt sich darum, ob Lues oder Lupus oder eine Mischform zwischen beiden vorliegt.

c) Membranbildung zwischen den Stimmbändern; angeborene Schwimmhautbildung.

d) Einige Schussverletzungen:

1. Eine Verletzung des Rekurrens. Der Schuss ging etwas unterhalb des Kehlkopfs von vorn nach hinten und es war lediglich der Rekurrens getroffen;

Lähmung des linken Stimmbandes. Eine interessante Nebensache ist, dass, wenn der Patient den Kopf nach der gelähmten Seite dreht, er besser sprechen kann, als wenn er ihn nach der anderen Seite wendet.

2. Isolierte Verletzung des Hypoglossus. Verwundung Sept. 1915. Einschuss rechts, ungefähr 2 cm nach vorn vom Kieferwinkel, dicht unter dem Unterkiefer, der Ausschuss 2 cm direkt unter dem linken Kiefer. Auf der linken Seite ist die Zunge atrophisch und runzlig. Beim Vorstrecken weicht sie nach links ab; Vorstrecken ist überhaupt nur im geringen Grade möglich. Aktiv wird die Zunge etwas nach rechts bewegt, nicht nach links. Mässige Kieferklemme; Gaumen bei der Phonation wenig beweglich. Der weiche Gaumen liegt der hinteren Rachenwand an und steht etwas schief, hebt sich aber bei der Berührung mit der Sonde vollständig. Kehlkopf steht ein wenig schief, der vordere Winkel etwas mehr nach links durch Verschiebung des Zungenbeins. Die Stimmbänder bewegen sich gut und gleichmässig.

3. Oberflächlicher Schuss hinter dem Kieferwinkel; der Granatsplitter liegt an der Seite des Halses, wie das Röntgenbild beweist. Totale linksseitige Rekurrenslähmung. Es fragt sich, ob eine Verletzung des mehr nach unten gelegenen Teiles des Vagus oder des Rekurrens vorliegt oder eine Verletzung des inneren Astes des Akzessorius.

Finder bemerkt zu dem ersten Fall, dass er heute in ein Lazarett gerufen wurde, wo ein an Influenza mit Pneumonie erkrankter Mann, der plötzlich über Nacht Atemnot bekommen hatte, im Zustand höchster Dyspnoe auf dem Operationstisch lag, um tracheotomiert zu werden. Laryngoskopische Untersuchung ergab, dass das ganze Kehlkopfinnere und der rechte Aryknorpel bedeckt war mit einem schmutzig-grauen Belag, der an Diphtherie erinnerte. (Anm. bei der Korrektur: Die bakteriologische Untersuchung ergab, dass es sich nicht um Diphtherie, sondern um einen Streptokokkencroup handelte. Pat. ging zugrunde.)

Beckmann: Es sind eine ganze Reihe von Fällen bei der Influenzaepidemie vorgekommen, wo diphtherieähnliche Beläge der ganzen Trachea bis weit in die Bronchien hinein vorgekommen sind. Diphtheriebazillen wurden nicht gefunden.

Killian empfiehlt, zur Lokalisation des Granatsplitters im Fall 3 eine stereoskopische Aufnahme zu machen.

Killian: 3 Fälle von Kehlkopfschüssen.

K. hat zur Wegsammachung des Kehlkopfs sein plastisches Verfahren — doppelter Hautlappen, ein Stück Rippe in den Hautlappen eingepflanzt — angewandt.

Gutzmann: Fall von linksseitiger Phrenikuslähmung (mit Vagus-Rekurrenslähmung derselben Seite).

Pat. hatte eine Verletzung durch einen Bombensplitter, der an der linken Skapula unter der Krista schräg in die Höhe gegangen ist und die Lunge durchbohrt hat, so dass schwere Lungenerscheinungen die Folge waren. Es ist eine Lähmung des linken Stimmbandes eingetreten, eine Lähmung beim Schlucken und einige andere noch zu besprechende Störungen. Die Stimme war heiser, hat sich

aber unter harmonischer Vibrationsbehandlung mit elektrisch betriebenen Stimmgabeln erheblich gebessert. Die Rekurrenslähmung besteht aber nach wie vor. Ein Granatsplitter wurde auch mit Röntgenstrahlen nicht aufgefunden. Es bestehen auch Störungen beim Schlucken, ferner eine charakteristische Linksbewegung des Kopfes beim Sprechen und Schlucken. Ferner eine Störung der Atmung: Beim Perkutieren lässt sich feststellen, dass eine Verschiebung der Lunge auf der linken Seite fast gar nicht stattfindet. Es handelt sich also um eine einseitige Phrenikuslähmung, und da Phrenikus und Vagus offenbar gleichzeitig betroffen sind, so muss das Geschoss an einer Stelle sitzen, wo beide nahe beieinanderliegen. Der Puls ist bald 40—50, bald steigt er auf 130. Der Geschossteil musste unter dem linken Sterno-Klavikulargelenk stecken, und da ist er in der Tat mittels Röntgenaufnahme gefunden.

Claus: Zwei weitere geheilte Fälle von Osteomyelitis der platten Schädelknochen.

C. hat bereits früher solche Fälle mitgeteilt; bei dem letzten, einen Knaben betreffend, hat er auf Killian's Empfehlung elektrische Kopflichtbäder angewandt mit dem Erfolg, dass der Prozess zum Stillstand kam.

C. demonstriert zwei weitere Fälle, die geheilt sind. C. hat gar nicht mehr operiert, sondern nur die Weichteile gespalten, so dass der Abszess, der sich subperiostal gebildet hatte, abfliessen konnte, hat dann aber mit Kopflichtbädern weiter behandelt. Der erste Patient, ein Knabe, zeigte eine teigige Schwellung oberhalb der Stirn, die weit über die Haargrenze hinaufreichte. Schon am nächsten Tage war diese Schwellung viel weiter gegangen: sie reichte bis zum Okziput und unten an die Wange, so dass das Auge total verschwollen war. Es handelte sich um eine akute Nebenhöhleneiterung der Kiefer- und der Stirnhöhle. Er wurde ebenfalls mit Kopflichtbädern behandelt. Er hat dreimal am Tage etwa eine halbe Stunde lang 90—100° bekommen. Die Erscheinungen gingen sehr bald zurück. Es handelte sich um eine Streptokokkeninfektion. Die Diploe lag frei und war infiziert.

Der andere Patient hat keine Nebenhöhlenerkrankung gehabt, auch keine Mittelohrerkrankung, sondern kam mit einem grossen Abszess auf dem linken Scheitelbein, und wurde im übrigen ebenso behandelt. Es zeigte sich auf der Röntgenplatte ein osteomyelitischer Herd, und nach Spaltung der Weichteile und Entleerung des Abszesses ebenfalls die Diploe freiliegend in ziemlich grosser Ausdehnung. Auch dieser Patient heilte unter Anwendung von Kopflichtbädern ausgezeichnet.

Die Prognose der diffusen Osteomyelitis der platten Schädelknochen ist sonst sehr schlecht. Nach der Gerber'schen Statistik beträgt die Mortalität ungefähr 67 pCt.

Diskussion.

Weingärtner berichtet ganz kurz über einen Fall von Osteomyelitis des Stirnbeins, der längere Zeit beobachtet wurde. Es handelte sich um einen Soldaten, an dem am 2. Mai die linksseitige Stirnhöhlenradikaloperation ausgeführt wurde. Sechs Tage darauf stellten sich die ersten Erscheinungen der Osteomyelitis

ein. Sie nahmen zu, und zwar in der Hauptsache am Stirnbein. Der Mann wurde dann am 23. Mai zunächst an der rechten, ebenfalls vereiterten Stirnhöhle radikal unter Opferung der Spange und der Hinterwand operiert, und darauf wurde in derselben Sitzung der ganze osteomyelitisch kranke Knochen entfernt. Es entstand so ein dreieckiger Defekt, der vom linken temporalen Brauenende bis zur Nasenwurzel und von da hinauf bis unter die Haargrenze reichte. In dieser Ausdehnung und im Bereich der rechten Stirnhöhle lag die Dura frei, und er hoffte nun auf eine günstige Beeinflussung des Leidens durch Kopflichtbäder. Etwa 14 Tage nach der zweiten Operation zeigte sich, dass der Prozess weiter fortschritt, und zwar nach den Schläfen und nach unten zu. Es bildete sich zunächst ein Septumabszess. Dann traten beiderseits an der Schläfe Abszesse auf, und schliesslich trat Schwellung, Oedem und Abszessbildung in der Gegend des Oberkiefers beiderseits auf. In Anbetracht der ungünstigen Prognose hat W. einen Versuch mit Vuzin gemacht, mit dem Erfolge, dass der Patient heute geheilt ist. Der Patient bekam im Verlauf von $1^1/_2$ Monaten 6 mal Vuzininjektionen, und zwar wurde immer in der Peripherie der erkrankten Partie 110 ccm von einer einpromilligen Vuzinlösung eingespritzt. Die Lösung bestand aus 0,1 Vuzin zu 100 ccm einhalbprozentige Novokainlösung. Der Erfolg war anscheinend zunächst eine Verschlimmerung. Der Patient bekam Fieber: 38—39°. Die Temperatur hielt 2—3 Tage an und fiel dann wieder ab. Es trat starke örtliche Reaktion ein, starkes Oedem in der ganzen Kopfschwarte; das ganze Gesicht und die Lider waren sehr stark geschwollen. Nach 3—4 Tagen war jedesmal die Reaktion verschwunden und der Patient vollkommen beschwerdefrei. Auch die Temperatur war vollkommen abgefallen. W. glaubt in diesem Falle die Besserung bzw. die Heilung dem Vuzin zu verdanken und nicht den Kopflichtbädern, die nebenher auch angewandt wurden.

Killian fügt hinzu, dass er den Patienten vollständig aufgegeben hatte. Es war nur noch ein letzter Versuch. Nach früheren Erfahrungen hätte er unbedingt an seiner fortschreitenden Osteomyelitis zugrunde gehen müssen.

Finder demonstriert einen ausgedehnten Naevus verrucosus der Mund- und Rachenschleimhaut.

Patient, ein Soldat Anfang der Zwanziger, suchte ärztliche Hilfe, weil „ihm etwas hinten im Halse herunterhinge“ und zwar sei dies bereits seit seiner frühesten Kindheit, solange er denken könne, vorhanden. Aussen auf der Wange eine bogenförmig zur Oberlippe ansteigende Reihe von Warzen; diese Warzen setzen sich auf das Lippenrot und die Innenflähe der Oberlippe fort, von dort aus auf das Zahnfleisch des Oberkiefers, gehen zwischen den beiden mittleren Schneidezähnen auf den harten Gaumen über, setzen sich in Form eines etwa $1—1^1/_2$ ccm breiten, breitbasig aufsitzenden hahnenkammartigen Gebildes genau in der Mittellinie des harten und weichen Gaumens fort; dasselbe bedeckt auch die ganze Vorderfläche der Uvula, diese völlig verdeckend, und hängt von da aus noch in Form einer papillösen Geschwulst bis zum Kehldeckel herab. Die ganze Geschwulst wurde mittels zweier in der Gaumenschleimhaut jederseits parallel zu ihr verlaufender

Schnitte umschnitten, und liess sich leicht stumpf herauspräparieren; Naht der Schnittränder. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Bild, das vollständig dem der Schleimhautpapillome glich.

Halle: Schuss der rechten Stirnhöhle, entsprechend dem äusseren Augenwinkel, so dass die Stirnhöhle breit frei lag. Es bestand starke Eiterung, mächtige Granulationsbildung und teilweiser Defekt des Oberlides. Es gelang, per primam einen Hautperiostlappen herunterzunehmen und damit die Stirnhöhle so zu decken, dass ein kosmetisch befriedigender Effekt erreicht ist. Durch Unterpflanzung von Fett ist erreicht, dass ein Einsinken des Arcus superciliaris nicht stattfand.

Sitzung vom 13. Dezember 1918.

Vorsitzender: Killian.

Gutzmann: Fall von geheilter habitueller Stimmbandlähmung.

Offizier, der Ende März 1916 mit fieberhaftem Kehlkopfkatarrh erkrankte und seitdem jahrelang stimmlos geblieben war. Er war bis März 1918 von Neurologen und Laryngologen behandelt worden, jedoch ohne Erfolg. Als er zu G. kam, zeigte sich, dass er ungeheuer stark presste, durch den Pressverschluss zwängte sich die Luft hindurch, so dass ein kaum hörbares Flüstern entstand. Es handelt sich nicht um Hysterie, sondern offenbar um ein Vergessen der richtigen Stimmlippenbewegung, entsprechend der Oppenheim'schen Auffassung der habituellen Lähmungen. Im Felde war keine rechte Gelegenheit, dass sein Katarrh ausheilte. Es trat eine habituelle Stimmlähmung ein: eine Gewöhnung an den Zustand mit Vergessen der ihm vorher geläufigen Stimmlippenkoordination. Nach Uebungstherapie konnte Pat. nach drei Tagen als geheilt entlassen werden.

Weingärtner: Fall von Dilatatio ventriculi symptomatica.

25jähriger Mann, bei dem sich bei einfacher Phonation das linke Taschenband vorwölbt. Bei lauter Phonation bläht sich das linke Taschenband kugelförmig auf. Es handelt sich um eine Art von Laryngozele. Diese Aufblähung des Taschenbandes hat ihre Ursache darin, dass infolge früherer Krankheit (angeblich Diphtherie) unter dem Taschenband das Stimmband fehlt und so bei der Phonation die Luft in den Morgagni'schen Ventrikel getrieben wird. Es handelt sich also nicht um echte Laryngozele, sondern um die sogenannte Dilatatio ventriculi symptomatica.

Im Anschluss hieran wird ein Fall von echter Laryngozele in Bildern vorgeführt. Es handelt sich um einen Fall, der im Archiv f. Laryngol., Bd. 30, H. 3, beschrieben wurde.

Weingärtner stellt zunächst den in der letzten Sitzung erwähnten Fall von Osteomyelitis des Stirnbeins vor, bei dem Heilung eingetreten ist nach Vuzininjektionen (in $1^1/_2$ Monaten 6 Injektionen von jedesmal 100 ccm einer 1prom. Vuzinlösung).

Bei einem zweiten Fall mit Stirn- und Kieferhöhleneiterung und ausgesprochener Osteomyelitis bestand ein starker subperiostaler Abszess in

der Gegend der Kieferhöhle, ferner hohes Fieber (über 40°), starker Exophthalmus, Chemosis der Lider und Oedem der Stirnhaut. Nach Eröffnung des Abszesses und der Kieferhöhle und nach Radikaloperation der Stirnhöhle besserte sich der Zustand nicht, sondern in den nächsten Tagen breitete sich die Osteomyelitis des Stirnbeins weiter aus. Nach den Erfahrungen, die er bei dem ersten Fall gemacht hatte, spritzte er auch bei diesem 11jährigen Mädchen in Abständen von je 8 Tagen dreimal 50 ccm Vuzinlösung ein. Die Patientin bekam nach den Injektionen etwas Fieber und subperiostale Abszesse in der Stirn. Die Abszesse wurden gespalten. Die Osteomyelitis ist nicht weiter fortgeschritten, das Fieber hat aufgehört, der Allgemeinzustand ist erheblich gebessert; die Patientin befindet sich ausser Bett.

Killian stellte 3 Fälle von Kriegsverletzungen des Kehlkopfes vor.

Der erste ist dadurch besonders interessant, dass man infolge Verlustes der Vorder- und Seitenwände des Kehlkopfes durch Schuss die Bewegungen des linken Aryknorpels direkt beobachten kann. Man sieht seine Exkursionen bei der Atmung und bei der Phonation sehr schön. Obwohl Patient keine Stimme produzieren kann, macht der Aryknorpel bei Phonationsversuchen doch entsprechende Bewegungen. Am ausgiebigsten sind sie beim Schlucken.

Bei dem zweiten Patienten handelt es sich um einen plastischen Rekonstruktionsversuch des durch Schuss und Schildknorpelperichondritis stark verstümmelten Kehlkopfes. Es war nur das hintere Drittel geblieben. Durch Unterpflanzung von Rippenknorpel beiderseits wurden die Seitenwände wieder aufgebaut. Nun ist bereits ein doppelter, mit einem Stück Schlüsselbein versteifter Hautlappen am Halse gebildet, der als Deckel aufgepflanzt werden soll, um das Kehlkopfrohr vollständig zu machen.

Den dritten Patienten mit grossem Defekte des vorderen Kehlkopfabschnittes und totaler Verwachsung (oben) nach Messerverletzung, stellt K. nur vor, um zu zeigen, wie nach Spaltung der Verwachsung zwei Hautlappen aufgepflanzt wurden, die er beiderseits aus der Gegend der Supraklavikulargruben entnahm. Die Lappen sind gut angeheilt.

J. Joseph: Ein Fall von Nasenplastik.

J. zeigt an dem Fall die Richtigkeit seines Verfahrens, wonach zuerst die Hautüberpflanzung auf das Gesicht und erst nach völliger Anheilung dieser Haut im Gesicht die Knochenüberpflanzung ausgeführt wird. Gutzmann.

III. Briefkasten.

Nochmals die Vereinigung von Laryngologie und Otologie in Wien.

Wie uns Herr Kollege Hajek mitteilt, wird trotz der amtlichen Neuregelung der Dinge in Wien de facto alles beim Alten bleiben. Er schreibt: „Da ich nie daran gedacht habe, mich mit der Otiatrie zu befassen, wird sie auch auf meiner Klinik nicht gelehrt werden. Ebensowenig wird der Otiater Laryngologie dozieren.“ Wir geben unserer aufrichtigen Genugtuung darüber Ausdruck, dass die wertvolle

Tätigkeit Hajek's auch in Zukunft ungeschmälert der Laryngologie zugute kommen wird. Wie Hajek selber über die Expansionsbestrebungen der Laryngologie denkt, hat er unzweideutig in seiner Antrittsvorlesung über „Die Entwicklung der Laryngo-Rhinologie und des Unterrichts in dieser Fachdisziplin an der Wiener Universität“ zum Ausdruck gebracht. „Nach der glänzenden Entwicklung der Laryngo-Rhinologie durch die grosse Chirurgie und die Bronchoskopie wird jetzt unserem Bestreben hinsichtlich der Extensität eine Grenze gesetzt werden müssen. Wir haben es nicht nötig, neue Grenzgebiete zu annektieren — nicht einmal die Otiatrie. Wir müssen zwar die Grenzgebiete kennen und in den wichtigsten Fragen Bescheid wissen, aber wir müssen nunmehr in weiser Beschränkung begreifen, dass ein weiterer Fortschritt nur aus der Vertiefung oder, um mich modern auszudrücken, mehr aus der intensiven, als extensiven Bewirtschaftung unserer Fachdisziplin zu erwarten ist (Wiener klin. Wochenschr., No. 28, 10. Juli 1919).“

Wir werden übrigens gebeten, davon Kenntnis zu nehmen, dass als Nachfolger Chiari's neben Hajek primo et aequo loco die Herren v. Eicken und Kahler, secundo loco Marschik vorgeschlagen waren.

Personalnachrichten.

Professor Dr. Preysing ist zum Professor für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten an der neugegründeten Universität Köln ernannt worden.

Dr. Zange (Jena) ist zum ausserordentlichen Professor für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten ernannt worden.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXV. Berlin, September. 1919. No. 9.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **A. Klug** (Freiheit-Johannisbad). **Die Grippe. (Beobachtungen und therapeutische Erfahrungen aus der Landpraxis.)** *Med. Klinik. No 26. 1919.*

Die Neigungen zu Blutungen aus den Schleimhäuten mögen in erster Linie dem primären eigentlichen Grippeerreger zuzuschreiben sein durch Schädigungen der Blutgefässwände. Die Nasenschleimhaut dürfte das allererste Gebiet sein, auf welchem der primäre Krankheitserreger seine schädigende Tätigkeit beginnt, von hier aus dringt er weiter durch den Einatmungsluftstrom in die tieferen Luftwege, und schliesslich kann auch eine weitere Infektion durch den primären Grippeerreger auf dem Wege der Blutbahn möglich sein. SEIFERT.

2) **P. J. Mink** (Utrecht). **Die Massregeln gegen die Asphyxie der Neugeborenen und die Probe von Sandmann.** *Nederl. Tydschr. v. Geneesk. II. No. 6. S. 413. 1919.*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass beim Neugeborenen das Eindringen von Luft in die Lunge erst geschieht durch Ansaugen, verursacht durch Kontraktion des Diaphragmas. Durch Zug an der Trachea wird gleichzeitig die Trachea etwas mehr eröffnet und die Stimmritze erweitert. Der Anstoss zur Kontraktion des Diaphragmas wird bei den bekannten Methoden zur Behebung von Asphyxie durch Hautreiz gegeben. Auch beim „Schulzen“ spielt nach Verf.'s Ansicht der Hautreiz die Hauptrolle. Sandmann (Dubois' Archiv, 1887) hat experimentell erwiesen, dass besonders auch Reiz der Nasenschleimhaut Kontraktion des Diaphragmas reflektorisch bewirkt. M. will deswegen bei Asphyxie die Schleimhaut reizen und zugleich die Nase und Nasenrachenhöhle von Sekret befreien durch „trockene Nasendusche“, Einblasen von Luft mittels Ballon. v. GILSE.

3) **W. Schultz** (Charlottenburg-Westend). **Zur Differentialdiagnose der Maul- und Klauenseuche beim Menschen.** *Med. Klinik. No. 33. 1919.*

Bei einer 30 jähr. Frau wurde die Kombination von ausgedehnten aphthenähnlichen Erscheinungen im Munde mit eigenartigem Exanthem der äusseren Haut

beobachtet. Lediglich der Genuss von Butter unbekannter Provenienz käme in Frage. Bei einem 17 jähr. Mädchen kombinierten sich aphthenähnliche Beläge im Munde mit einem teils masern-, teils scharlachähnlichen Ausschlag.

SEIFERT.

4) **Ernst Loeffler. Die kongenitalen Halsfisteln.** *Diss. Berlin 1919.*

7 Fälle aus der chir. Klinik der Charité. Fall 1—5 mediane Halsfisteln, 6 und 7 laterale. In einer Reihe von Fällen gelingt die Sondierung bis zum Zungenbein, bei ihrer Operation wurden Partien des Zungenbeins mitexzidiert; in einem Fall führte die Fistel von der Malgaigne'schen Grube 10 cm weit bis in den äusseren Gehörgang. Bei der Operation floss Blut aus dem letzteren; die letztere Fistel war also auf eine Persistenz des ersten Kiemengangs zurückzuführen.

DREYFUSS.

5) **Alexander. Zur Frage der vikariierenden Entwicklung der intakten Sinnesorgane der Viersinnigen.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jahrg. 53. S. 321.*

Verf. tritt an Hand von Aufzeichnungen 7 erblindeter Kriegsteilnehmer auf die Frage des Sinnesvikariates näher ein und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die betreffenden Kriegsteilnehmer geben ein Sinnesvikariat zu, und es scheint namentlich der Gehör- und Tastsinn bis zu einem gewissen Grade für den verlorenen Gesichtssinn einzutreten.

2. Das vikariierende Eintreten eines Sinnes für den andern kann rasch und unmittelbar nach der Verletzung, aber auch allmählich und später geschehen. Es handelt sich dabei um einen Reflexvorgang, der bei dem Geschädigten bald bewusst, bald unbewusst verläuft und dem Selbsterhaltungstrieb des Menschen entspringt.

3. Es handelt sich nicht um eine objektive „Schärfung“ des Hör- und Tastsinnes, sondern die Hilfe besteht in dem verbesserten Zusammenarbeiten der noch erhaltenen intakten Sinnesapparate, der erhöhten Aufmerksamkeit und intensiveren geistigen Verarbeitung der empfangenen Hör- und Tasteindrücke.

SCHLITTLER.

6) **Riecke** (Göttingen). **Schwere Erscheinungen nach Silbersalvarsan in einem Falle florider Syphilis.** *Med. Klinik. No. 14. 1919.*

Im ganzen wurden innerhalb von 42 Tagen 1,3 Silbersalvarsan intravenös verabreicht. An den schweren Erscheinungen beteiligten sich auch die Schleimhäute, eine Rauhigkeit der Stimme, die sehr frühzeitig eintrat, führte zu mehr oder weniger vollständiger Aphonie. Diffus gerötete Stimmlippen bildeten den laryngoskopischen Befund.

SEIFERT.

7) **F. Vollbracht. Ueber intravenöse Kalziumtherapie.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jahrg. 53. S. 356. 1919.*

Verf. berichtet über günstige Erfolge, welche er bei Behandlung von Heuschnupfen, Asthma bronchiale und gewissen Formen von Rhinitis mit „Afenil“ erzielt hat. Afenil wird von Knoll-Ludwigshafen in gebrauchsfertigen Ampullen in

den Handel gebracht und ist eine 10proz. Kalziumchloridharnstofflösung. Der ersten Injektion lässt man zweckmässig in 2—3 tägigem Intervall eine zweite und dritte nachfolgen. Nebenwirkungen wurden keine beobachtet. SCHLITTLER.

8) **Pommerehne** (Braunschweig). **Demonstrationen.** *Med. Klinik. No. 24. S. 599. 1919.*

1. Larven der Schmeissfliege aus dem Gehörgang eines an chronischer Otorrhoe leidenden Mädchens. 2. Zwei Rhinolithen. 3. a) Sicherheitsnadel aus der Luftröhre mittels Kehlkopfzange unter Spiegelbeleuchtung entfernt, b) Patenthosenknopf aus der Speiseröhre eines 4jähr. Kindes entfernt. 4. Fall von Kieferhöhleneiterung, kombiniert mit vereiterter Zahnzyste auf derselben Seite.

SEIFERT.

9) **W. Müller-Waldeck** (Berlin). **Zur Prophylaxe der Grippe.** *Med. Klinik. No. 18. 1919.*

In den Gaumenmandeln und in der Nasenschleimhaut ist die Prädilektionsstelle der Infektion zu suchen. Bei grippeverdächtigen Individuen soll die Pinselung der Gaumentonsillen mit Jodtinktur befriedigende Resultate ergeben haben, auch der Gebrauch von Epidosintabletten mag von prophylaktischem Nutzen sein.

SEIFERT.

10) **T. E. Carmody. Ein neuer Saugapparat für Nasen-, Hals- und Ohrenoperationen. (A new suction apparatus for the nose, throat and ear.)** *The Laryngoscope. November 1915.*

Eine Rotationspumpe mit elektrischem Betrieb zum Aussaugen von Blut und Schleim bei Operationen bestimmt; auch als Luftverdichter zu gebrauchen.

OTTO FREER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

11) **C. E. Benjamins** (Utrecht). **Ein Fall von Pneumosinus frontalis dilatans.** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. I. No. 20. S. 1741. 1919.*

Wie sich bei der Operation herausstellte, bestand eine starke Erweiterung der einen Stirnhöhle, welche mit Luft gefüllt war. Die Mündung in die Nase war verlegt durch einen kleinen Polyp. Verf. betont, dass diese Erkrankung ganz anderer Art ist als eine „Pneumozele", mit welcher sie oft verwechselt wird. Pneumatozele ist eine luftenthaltende Geschwulst zwischen Schädeldach und Periost. Bedingung ist also ein Defekt in der Knochenwand. Sie entsteht entweder durch Trauma oder Entzündung mit Knocheneinschmelzung (z. B. bei Tuberkulose, Lues) oder sie ist angeboren. Durch Druck und Massage kann die Geschwulst zeitweise entfernt werden. Sie entsteht meistens plötzlich. Bei Pneumosinus dilatans dahingegen ist die Bedeckung der Geschwulst Knochen; bei Druck oder Ausatmung kein Unterschied; die Geschwulst entsteht allmählich. Eine Pneumatozele kann aus dem Pneumosinus dilatans entstehen z. B. durch Trauma, das Umgekehrte ist nicht der Fall. In der Literatur fand Verf. 5 Fälle. Für das Entstehen macht Verf. eine Art Ventilwirkung im Ductus naso-frontalis

verantwortlich. Zur Therapie wird empfohlen, eine weite Verbindung zur Nase zu machen und nicht zu viel von der vorderen Wand fortzunehmen. Die durchaus unveränderte Schleimhaut lasse man stehen. v. GILSE.

12) **Gerber** (Königsberg). **Influenza und Nebenhöhlen.** *Med. Klinik. No. 18. 1919.*

Die Grippe überwiegt in der Aetiologie der Nebenhöhlenerkrankungen der Nase, vom „Schnupfen" abgesehen, mit etwa 30 pCt. alle übrigen Erkrankungen zusammengenommen, und der Prozentsatz wird in Wirklichkeit noch grösser sein, da gewiss der angegebene „Schnupfen" oft ein Influenzaschnupfen gewesen sein wird. Besprechung der Symptomatologie und Therapie der Influenza-Nebenhöhlenerkrankungen. SEIFERT.

13) **Ortloff** (Elberfeld). **Die operative Therapie der Ozaena nach Wittmaak.** *Med. Klinik. No. 34. S. 857. 1919.*

In einem Falle von Ozaena wurde auf einer Seite die von Wittmaak vorgeschlagene Operation vorgenommen; es wurde darnach die Borkenbildung und der Fötor auf beiden Seiten zum Verschwinden gebracht. Unangenehm ist das Abfliessen des Speichelsekretes aus der Nase während des Essens, doch hatte sich der Patient bald daran gewöhnt. SEIFERT.

14) **William R. Murray** und **W. P. Larson. Der Bazillus von Perez in der Aetiologie der Ozaena. (The bacillus of Perez as an etiological factor in ozaena.)** *The Laryngoscope. November 1915.*

Die Tierexperimente und klinischen Untersuchungen der Verff. haben ihnen nicht den Beweis geliefert, dass der Bazillus von Perez und Hofer Ursache der Ozaena sei. OTTO FREER.

15) **H. P. Mosher. Eine Operation zur Drainage des Tränensackes nach der Fossa unciformis der Nasenhöhle. (An operation for draining the lacrymal sac and the nasal duct into the unciform fossa.)** *The Laryngoscope. November 1915.*

Verf. beschreibt eine neue, den anatomischen Verhältnissen angepasste Art der Eröffnung der Tränenwege von der Nase aus; um sie auszubilden, machte er mehr als 50 Leichenoperationen, dreimal hat er die Operation auch klinisch gemacht.

Seine Operation beginnt mit der Resektion des vorderen Teiles der mittleren Muschel, worauf die Umgrenzung eines Lappens folgt, welcher die vom Verf. so benannte Fossa unciformis bedeckt. Die Fossa unciformis ist diejenige Vertiefung in der lateralen Nasenwand, welche hinten von dem hinteren Rande des Processus unciformis, vorn von dem hinteren Rande des Processus frontalis des Oberkiefers, oben von der inneren Hervorragung des vordersten Teils des Processus unciformis, unten von dem oberen Rande der unteren Muschel begrenzt ist. Nach Entblössung der Fossa unciformis durch Zurückschlagen des Lappens wird die Cellula lacrymalis mit einem scharfen Löffel von der Fossa unciformis aus eröffnet, die Schneide

des Löffels dann nach vorn gekehrt und der Knochen bis an den Processus frontalis entfernt. Die Cellula lacrymalis benennt Verf. auch Cellula unciformis, und in einem früheren Aufsatz über die Siebbeinzellen nannte er sie Aggerzelle.

Der scharfe Löffel soll nicht nach hinten gekehrt werden, sonst wird der Processus uncinatus entfernt mit gleichzeitiger Eröffnung der Kieferhöhle, mit der Gefahr, dass sie durch Eiter aus den Tränenwegen infiziert werde.

Während der ganzen Operation liegt eine starre Sonde im Ductus nasalis, durch die, wenn nötig geschlitzte, Puncta lacrymalis inferior eingeführt. Nach Entfernung der Cellula lacrymalis liegt der Ductus lacrymalis entblösst da und bei der Zurückziehung der Sonde mit gleichzeitigem Heben von deren Spitze nach der Nasenhöhle zu durchstösst sie den membranösen Tränenkanal und wird in der Nase sichtbar. Die gewonnene Oeffnung in dem knöchernen Kanal wird dann durch Abkneifen des hinteren Randes des Processus frontalis des Oberkiefers vergrössert.

Verf. sagt, dass, wie bei den anderen Operationen zur endonasalen Eröffnung des Tränensacks und -kanals, die Oeffnung Neigung habe sich zu schliessen, er glaubt aber, eine grössere und leichter offen bleibende Oeffnung durch seine Operation als durch die älteren Methoden zu bekommen.

(Die Inkonstanz und häufige Dickwandigkeit der von ihm eröffneten Infundibularzelle (seine Unzinatuszelle) wird vom Verf. nicht erwähnt, obwohl solche Anomalien dieser Zelle die Operation sehr erschweren und den Chirurgen irre führen könnten. Ref.)

Verf.'s gründliche und originelle Arbeit ist des Studiums im Original wohl wert.

OTTO FREER.

16) Seymour Oppenheimer und Mark J. Gottlieb (New York). **Die Pollentherapie bei Pollinesis. (Pollen therapy in pollinesis.)** *Med. Record. 18. März 1916.*

Anstatt des eingewurzelten Wortes Heufieber brauchen die Verff. das neu erfundene Pollinesis oder Pollenkrankheit, die ja bekanntlich durch die Luft auf die Schleimhäute übertragen wird. Die Verff. fanden eine ganze Reihe die Krankheit erzeugender Pollen und beschäftigen sich jetzt mit Immunisierungsversuchen. Die Behandlung beginnt etwa 8—10 Wochen vor dem zu erwartenden Anfall mit Einspritzung von Pollenextrakt, der in zunehmender Dosis alle 4—6 Tage injiziert wird. Ist Pat. für mehr als eine Art Pollen empfindlich, so wird von jeder Sorte injiziert, zuweilen 5—6 Injektionen von jeder Sorte. Wenn Pat. nicht genügend Immunkörper entwickelt, dann erhält er eine grosse Dosis Blutserum von einem 5 Monate lang vorbereiteten Kaninchen.

FREUDENTHAL.

17) **Menzel** (Wien). **Ueber ein gehäuftes Auftreten der Rhinitis vasomotoria.** *Monatsschr. f. Ohrenheilk. Jahrg. 53. S. 353. 1919.*

Verf. hat sowohl in seiner Privat- als Kassenpraxis in den ersten 4 Monaten des laufenden Jahres prozentual 8—9 mal mehr Fälle von Rhinitis vasomotoria gesehen, als zur Vorkriegszeit, und führt dies auf eine direkte Schädigung des Nervensystems und der Psyche zurück.

SCHLITTLER.

18) **B. F. Andrews. Nasale Reflexerscheinungen; die Nervenwege, durch welche sie geleitet sein können und Operationen, sie zu beseitigen. (Some reflex manifestations of intranasal origin; suggested nerve paths through which they may travel and operations for their relief.)** *Journ. of ophthalmol. and oto-laryng. Chicago. November 1915.*

Nach anatomischen Vorbemerkungen über das Ganglion ciliare, sphenopalatinum und oticum und die Verästelung dieser Ganglien bespricht Verf. Reflexerscheinungen, welche durch Druck gegen die Nasenscheidewand, durch Vergrösserung der mittleren Muschel oder Druck einer Scheidewandverbiegung gegen die untere Muschel seiner Meinung nach erzeugt werden. Unter anderen beschriebenen pathologischen Reflexen soll Reiz des Ganglion oticum Einziehung des Trommelfells durch Reflexkrampf des Tensor tympani mit Hörverminderung erzeugen, Reiz des Ganglion ciliare Akkommodationskrampf. Um die vermeintliche Ursache der Reflexerscheinung zu beseitigen, zerdrückt er die mittlere Muschel und macht submuköse Resektionen des Septum.

OTTO FREER.

19) **W. E. Gatewood** (Chicago, Ill.) **Karzinome des Nasenrachenraums. (Carcinomas of the nasopharynx.)** *Journ. Amer. med. assoc. 12. Februar 1916.*

Zwei Fälle dieser Krankheit bei verhältnismässig jugendlichen Individuen. Der erste betraf einen Kollegen im Alter von 26 Jahren, der zweite einen Schüler von 19 Jahren. Beide endeten letal. Autopsiebefund.

FREUDENTHAL.

c) Mundrachenhöhle.

20) **Wilhelm Take. Ueber die Zysten der Mundschleimhautdrüsen.** *Diss. Berlin 1919.*

1. Fall. Walnussgrosse Zyste der Wangenschleimhaut bei 18jährigem Mädchen. Histologisch war kein Zusammenhang mit einer Drüse oder Reste von Ausführungsgängen nachzuweisen. Aetiologie: Trauma, Quetschung der Wangenschleimhaut beim Kauen.

2. Fall. Erbsengrosse Zyste der Unterlippe. Auch hier keine Verbindung mit einer Drüse nachzuweisen. Aetiologie: Biss in die Unterlippe mit darauf folgender Blutunterlaufung.

DREYFUSS.

21) **Walter Geissler. Die Ranula.** *Diss. Berlin 1918.*

Nach einem historischen Ueberblick über die verschiedenen Theorien der Genese der Ranula Beschreibung von 4 Fällen aus der chirurgischen Klinik der Charité: ein 3jähriger Knabe, drei erwachsene Frauen.

DREYFUSS.

22) **Hector de Moraes Chaves Jobim. Ueber bösartige Geschwülste der Zunge.** *Diss. Berlin 1919.*

Zusammenstellung von 30 Fällen aus der chirurgischen Klinik der Charité, sämtlich Karzinome.

4 Fälle blieben dauernd geheilt (13 pCt.).

DREYFUSS.

23) **Joseph Prenn** (Boston, Mass.) **Zungenabszess nebst Bericht eines Falles. (Abscess of the tongue with report of a case.)** *Boston Med. and Surg. Journ. 3. Februar 1916.*

Verf. glaubt, dass zur Eröffnung dieser Abszesse (akute sind selten) allgemeine Narkose erforderlich sei, und dass man vielleicht durch die sitzende Position des Pat. die Gefahr einer Asphyxie und eventuellen Tracheotomie vermeiden könne. (Gerade diese Position ist für tief nach hinten liegende Abszesse sehr bedenklich. Herabhängender Kopf oder, wenn möglich, Schwebelaryngoskopie vorzuziehen. Ref.)

FREUDENTHAL.

24) **S. Ehrmann** (Wien). **Kasuistische Bemerkungen über tertiäre skleröse Glossitiden, ihre Beziehungen zum Karzinom und zu perioralen Ekzemen.** *Derm. Wochenschr. Nr. 30. 1919.*

In zwei Fällen handelte es sich um Glossitis tertiana mit Karzinom und in einem weiteren Fall um Lues mit Karzinom ohne Glossitis sclerotica auf Leukoplakie. Bemerkungen zur Frage der Leukoplakie und der Syphilis. Ein weiterer Fall mit Glossitis tertiana und perioralem Ekzem zeigt, dass die Volumszunahme der Zunge einen Grund für das Ueberfliessen des Speichels auf die Haut der Umgebung der Mundspalte abgibt und das Agens für das periorale Ekzem darstellt.

SEIFERT.

25) **Kuno Keuthen. Ueber Soorulcus der Zunge.** *Diss. Berlin 1919.*

Im Anschluss an eine fieberhafte Erkältung Entwicklung eines dicken grauweisslichen Belags im ganzen Mundinneren, auf hinterer Rachenwand, Tonsillen, weichem Gaumen, Uvula, Zunge bei 62 jähriger Frau. In der Mitte des Zungenrückens ein kleinfingerkuppengrosser Substanzverlust. Bakteriologische Untersuchung ergab Oidium albicans. Ausheilung mit Bildung einer 2 cm langen, $^1/_2$ cm breiten Narbe auf der Zunge.

DREYFUSS.

26) **G. Hudson Makuen. Die chirurgische Anatomie der sogenannten Mandelkapsel. (The surgical anatomy of the socalled capsule of the faucial tonsil.)** *The Laryngoscope. Oktober 1915.*

M. sagt über seinen Aufsatz: „Meine Schlussfolgerungen über die Anatomie der Mandelkapsel sind nicht das Endergebnis sorgfältiger embryologischer und histologischer Beobachtungen, sondern bloss die Folgerungen, die aus klinischen Untersuchungen gewonnen sind“. Dass die erwähnten Beobachtungen fehlen, ist aus dem Aufsatze Makuen's nur zu leicht ersichtlich. Er scheint die grundlegenden Arbeiten über die Anatomie der Gaumenmandeln von Ludwig Grünwald und J. Killian nicht zu kennen, denn sonst ist sein Nichtbeachten dieser wichtigen Forschungen unbegreiflich. Makuen's Aufsatz ist wieder ein Beweis, dass in einem schon gründlich und meisterhaft durchforschten anatomischen Gebiet man sich nicht mit klinischen Beobachtungen begnügen kann, sondern erst nach vollständigem Studium der Literatur und anatomischen Materials das Wort nehmen sollte.

Makuen betrachtet die Mandelkapsel als einen Teil der Fascia pharyngobasilaris (von ihm Fascia intrapharyngealis benannt), welche die Mandel von den tiefen Halsregionen abschliesst und aus verschiedenen Lagen von Bindegewebe bestehen soll. Diejenige Lage, welche der Mandel anliegt und ihr als eigentliche Hülle dient, soll sich immer leicht von den tieferen Schichten der Mandelkapsel mit Finger oder Drahtschlinge ablösen lassen. Deswegen ist Makuen Gegner der Messerexzision der Mandel mit ihrer ganzen Kapsel, indem er behauptet, dass dadurch die tiefe Muskelschicht entblösst und Sepsis begünstigt werde. Makuen befürwortet deshalb die stumpfe Entfernung der Mandel mit der Drahtschlinge, indem er versichert, dass sie sich mit ihr immer leicht und schonend herausschälen lasse. (Dieser Ausspruch Makuen's ist im geraden Widerspruch mit den Erfahrungen des Referenten, welche ihm gezeigt haben, dass die stumpfen Methoden, welche die Mandel aus der Fossa tonsillaris herausreissen oder quetschen, gerade wegen der Möglichkeit der Sepsis die gefährlichen sind. Mehrere Todesfälle durch Pyämie und Sepsis sind dem Referenten als Folgen der mit stumpfer Gewalt ausgeübten Tonsillektomie zur Kenntnis gekommen, auch Lungenabszesse, welche in Genesung endeten. Nach der Messerexzision mitsamt der Kapsel hat er niemals auch nur die geringsten septischen Erscheinungen gesehen.)

Die Plica triangularis beschreibt Makuen als eine Falte der intrapharyngealen Aponeurose, also als einen Teil der Mandelkapsel, wie auch Fetterolf sie beschreibt.

OTTO FREER.

27) **v. Eicken** (Giessen). **Lange Griffelfortsätze als Ursache von Schluckbeschwerden.** *Med. Klinik. No. 32. 1919.*

Bei drei Patienten, von denen zwei über Schluckbeschwerden klagten, der dritte ohne Beschwerden war, die Veränderung hatte sich bei ihm als zufälliger Befund ergeben, fühlte man in der Tonsille als ein hartes Gebilde den Processus styloideus. Die langen Fortsätze lassen sich ohne besondere Mühe entfernen.

SEIFERT.

28) **W. O. Le Motte. Ein Processus styloideus in die Mandel hinabreichend. (A case of abnormal bone in the throat.)** *The Laryngoscope. Novbr. 1915.*

Unterhalb des unteren Drittels der Mandel wurde ein harter Gegenstand gefühlt, bei seiner Entblössung stellte es sich heraus, dass es der verlängerte Processus styloideus sei. Ein Zoll davon wurde abgeschnitten.

OTTO FREER.

29) **A. van Ree. Mandeltuberkulose. (De tuberculose der amandelen.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 11. S. 796. 1919.*

Verf. fand, dass unter 236 Fällen von Lymphdrüsentuberkulose 103 mal retromandibuläre Drüsen zuerst erkrankt waren. Von 150 willkürlich gewählten Patienten aus der Poliklinik von Prof. Burger wurden entfernte Gaumentonsillen und adenoide Vegetationen histologisch untersucht. In den Tonsillen wurden bei 3 pCt. der Fälle Tuberkelbazillen gefunden, in den adenoiden Vegetationen bei 10 pCt. Auch auf Angaben in der Literatur hin glaubt Verf. berechtigt zu sein,

auf die Tuberkulose der Mandeln als Eintrittspforte aufmerksam zu machen. Wahrscheinlich handelt es sich um primäre exogene Infektion durch Einatmung.

v. GILSE.

30) **Justus Matthews** (Rochester, Minn.). **Tonsillektomie. (Tonsillectomy.)** *Journ. Amer. med. assoc. 12. Februar 1916.*

Beschreibung der von M. geübten Methode, die nichts Besonderes darbietet. Nach der Operation klagen manche Patienten über heftige Schmerzen an der Vereinigungsstelle des Musculus palato-glossus und der Zunge. Die Möglichkeit einer Verletzung des Nervus glossopharyngeus liegt nahe.

FREUDENTHAL.

31) **Lee M. Hurd. Wiederholte Blutung nach Tonsillektomie. (Report of a case of excessive bleeder.)** *The Laryngoscope. Dezember 1915.*

Nach Mandelentfernung mit der Drahtschlinge schwere Blutungen, welche sich während eines Monats oft wiederholten, trotz normaler Koagulationszeit des Blutes.

OTTO FREER.

32) **Håkan Nordlund. Der Erfolg der Tonsillektomie bei rheumatischen Krankheiten. (Resultatet af tonsillektomi vid reumatiska sjukdomar.)** *Hygiea. Bd. 81. H. 11. 16. Juni 1919.*

Nach einem historischen Ueberblick über diese Frage berichtet Verf. über 30 Fälle, unter denen 18 von chronischer Tonsillitis mit rheumatischem Fieber und 12 mit Nierenkrankheit kompliziert waren: sämtliche Fälle sind tabellarisch mit Rücksicht auf Anamnese, Behandlung und Status nach derselben aufgestellt. Seine Erfahrungen aus diesem Material glaubt Verf. so zusammenfassen zu können, dass die überwiegende Mehrzahl der immer rezidivierenden postanginösen Polyarthritiden einen besonders guten Erfolg, praktisch genommen absolute Rezidivfreiheit, nach Tonsillektomie zeigt, ein Verhältnis, das auch bei den akuten hämorrhagischen Nephritiden konstatiert werden kann.

E. STANGENBERG.

33) **J. Z. Bergeren** (Chicago, Ill.). **Kompressionszange für die Gaumenbögen. (Pillar-compression forceps.)** *Journ. Amer. med. assoc. 12. Februar 1916.*

Blutverlust kann bei der Tonsillektomie vermieden werden. Hierzu empfiehlt Verf. seine Zange, die gleich nach der Enukleation eingeführt wird und die Gaumenbögen fest komprimiert, eine scheinbar rationelle Methode.

FREUDENTHAL.

34) **Ciro Caldera. Ein Fall von Milzinfarkt nach operierter phlegmonöser Peritonsillitis. (Un caso di infarto splenico secondario a peritonsillite flemmonosa operata.)** *Bollet. d. malattie dell' orecchio. No. 7. 1917.*

Nach Inzision des Peritonsillarabszesses hielt eine sehr geringfügige Blutung aus der Inzisionswunde noch 4—5 Stunden lang an, um dann völlig aufzuhören. In der darauf folgenden Nacht erwachte die Pat. von einem heftigen Schmerz in der linken Seite; gleichzeitig wieder Schmerzen im Halse. Bei der Morgenvisite konstatierte Verf. ein submuköses und intramuskuläres Blutextravasat des weichen

Gaumens, ferner deutliche Vergrösserung und Empfindlichkeit der Milz, die nach wenigen Tagen zurückging. Verf. erklärt diese Erscheinung als einen Milzinfarkt.

FINDER.

35) **M. Manges** (New York). **Lungenabszess nach Tonsillektomie nebst einem Bericht über 9 Fälle bei Erwachsenen. (The occurrence of abscess of the lung after tonsillectomy; with a report of nine cases in adults.)** *Amer. Journ. of surg. März 1916.*

Die Tatsache, dass innerhalb von 6 Monaten neun Pat. in das Mt. Sinai-Hospital gebracht wurden mit Lungenabszessen nach Entfernung der Mandeln, ist alarmierend genug, um näher untersucht zu werden. Da solche Fälle nicht in der Privatpraxis beobachtet wurden, so glaubt M., dass ein radikaler Unterschied existieren müsse in der Behandlung dieser beiden Kategorien (Vorbereitung, Nachbehandlung usw.). Er hält für die Unglücksfälle verantwortlich: 1. Die Aspiration von Stücken der Tonsille oder von infiziertem Blut. 2. Embolie oder Infarkt der Lunge. 3. Irgend ein anderes infektiöses Agens. (Drei Fälle, die in ein und demselben anerkannten Hospital operiert worden waren, wurden innerhalb von sechs Tagen in das Mt. Sinai-Hospital gebracht.) Aetiologisch war nichts zu eruieren. 4. Andere lokale oder allgemeine Ursachen.

FREUDENTHAL.

d) Diphtherie und Croup.

36) **L. Joseph** (Berlin). **Ueber primäre Nasendiphtherie.** *Der prakt. Arzt. H. 15/16. 1919.*

Gerade die oft etwas leicht genommenen Fälle von Nasendiphtherie tragen als Bazillenträger mehr, als allgemein angenommen wird, zur Verbreitung der Diphtherie bei. Hauptaufgabe der Therapie Anwendung des Heilserums.

SEIFERT.

37) **S. A. Friedberg** (Chicago, Ill.). **Entfernung der Tonsillen und adenoiden Vegetationen bei Diphtherieträgern. (Removal of tonsils and adenoids in diphtheria carriers.)** *Journ. Amer. med. assoc. 11. März 1916.*

Das von anderen empfohlene Kaolin zur Beseitigung der Bazillen hatte in einer Reihe von Fällen keine Wirkung. Bei 6 Pat. entfernte F. die Tonsillen und Wucherungen, was in akuten Fällen 2—3 Wochen nach der klinischen Genesung geschehen soll, und in allen verschwanden die Bazillen prompt.

FREUDENTHAL.

38) **Wm. O. Ott** and **K. A. Roy** (New Orleans, La.). **Die Behandlung der Diphtherieträger mittels Acidum carbol. iodat. (The treatment of diphtheria carriers with iodized phenol.)** *Journ. Amer. med. assoc. 11. März 1916.*

Die Verff. pinselten alle 48 Stunden den Hals (Mandel, Uvula und hintere Rachenwand) und eventuell den ganzen vorderen Teil der Nasenhöhle mit Acid. carbol. iodat., das 60 Proz. Acid. carbol., 20 Proz. Jodi krystall. und 20pCt. Glyzerin enthält. Resultate befriedigend.

FREUDENTHAL.

39) **Rudolf Stoffel. Ueber die tödliche Spätblutung nach Tracheotomie bei Diphtherie.** *Diss. Giessen 1919.*

7 Fälle bei Kindern im Alter von 8 Monaten bis 8 Jahren nach Tracheotomia inferior. Die Blutungen erfolgten sämtlich aus der Arteria anonyma und zwar in 6 Fällen eitrig-ulzeröser Prozesse, die sich von der Wunde aus nach unten gesenkt hatten.

DREYFUSS.

e) Kehlkopf und Luftröhre.

40) **Ciro Caldera. Klinischer Beitrag zum Studium der Behandlung der Kehlkopftuberkulose. (Contributo clinico allo studio del trattamento della tuberculosi laringea.)** *Bollett. della malattie dell' orecchio, della gola e del naso. I. 1918.*

Verf. veröffentlicht zunächst einige Krankengeschichten von Fällen, die auf verschiedene Weisen erfolgreich behandelt wurden, um, wie er sagt, „zur Entkräftung der traurigen Mär von der Nutzlosigkeit einer Behandlung bei Kehlkopftuberkulose beizutragen". Es gibt für die Behandlung der Larynxtuberkulose kein für alle Fälle geeignetes Mittel, sondern es muss ein weiser Ekklektizismus in der Wahl der Mittel walten. Verf. lässt diese Mittel Revue passieren und skizziert kurz die Indikationen für ihre Anwendung.

FINDER.

41) **Ciro Caldera. Kasuistischer Beitrag zur laryngeiatrischen Kriegstraumatologie. (Traumatologia di guerra. Contributo casuistico.)** *Arch. Ital. di otologia. No. 4. 1916.*

Verwundung durch Handgranatensplitter an der linken Halsseite im Niveau der ersten Trachealringe; der Splitter war bereits entfernt; etwas Hautemphysem an der unteren Halshälfte und den oberen Thoraxpartien; asphyktischer Zustand, Zyanose, hochgradige Dyspnoe. Die Stimmbänder standen unbeweglich in der Mittellinie; Tracheotomie; laryngologische Untersuchung nach 14 Tagen zeigte, dass die Stimmbänder noch unbeweglich in Adduktionsstellung standen, jedoch schien es, als ob sie sich der Kadaverstellung etwas genähert hatten.

Verf. erklärt die linksseitige Rekurrenslähmung durch direkte Verletzung des linken Nerven; die rechtsseitige Lähmung sei vielleicht so zustande gekommen, dass das Geschoss nach Durchbohrung der Trachea im unteren Drittel auf der rechten Seite den Nerven verletzt habe.

FINDER.

42) **Klaus Bamberg. Kriegsverletzungen des Kehlkopfs.** *Inaug.-Diss. Würzburg 1919.*

Verf. hat aus der Seifert'schen Klinik 24 Fälle zusammengestellt; 19 Fälle betreffen direkte Schussverletzungen des Kehlkopfs, in den übrigen 5 Fällen handelt es sich um Nervenverletzungen. Von den direkten Schussverletzungen sind 3 Fälle als Kontusionen des unteren Kehlkopfraumes bezeichnet (Killian), Fall 4 ist eine Kontusion des mittleren Kehlkopfraumes, Fall 5 und 6 Streifschüsse, die den mittleren bzw. oberen Kehlkopfabschnitt trafen (bei beiden blieb eine Verdickung der Aryknorpel zurück, jedenfalls infolge von Perichondritis und

Fixation eines Stimmbandes infolge Ankylose im Aryknorpelgelenk); Fall 7 ist ein Streifschuss des unteren Kehlkopfraumes, in Fall 8, 9, 10 und 11 handelte es sich um Streifschüsse, höchstwahrscheinlich mit Eröffnung des Kehlkopfes, worauf diaphragmatische Narbe bzw. Defekte an Stimmlippen und Taschenlippen hinweisen; Fall 12 ist ein Schrägschuss, der am unteren Larynxabschnitt und an der Trachea vorüberging, aber Gefäss- und Nervenbündel nicht streifte. Fall 13 zeigt den merkwürdigen Verlauf eines Schrägschusses, der zunächst durch Nase und Zunge ging, wobei es zu einer Hypoglossuslähmung links kam, dann scheint das Geschoss den unteren Kehlkopfabschnitt nicht mehr berührt, sondern bereits Trachea und Oesophagus in Höhe des 2. Trachealknorpels angerissen zu haben; es folgen 2 Durchschüsse durch den mittleren Kehlkopfabschnitt und die letzten 3 Fälle sind Steckschüsse.

In Fall 19 und 20 handelt es sich um direkte Schussverletzungen des Vagus, in Fall 21 und 22 haben wir es mit einer einseitigen Rekurrenslähmung auf Grund von Fernwirkung eines Geschosses zu tun, Fall 23 Schrägschuss durch den Hals von rechts oben nach links unten, der zuerst Lähmung des rechten M. vocalis, dann links völlige Rekurrenslähmung bewirkte; auch in Fall 24 bestand völlige Lähmung links.

FINDER.

43) **Klestadt** (Breslau). **Zur Behandlung der Kehlkopfstenose mit Thost'schen Bolzen.** *Med. Klinik. No. 31. 1919.*

An einer Reihe von Fällen, auch Kriegsverletzten, werden die mit dem Thost'schen Verfahren erzielten guten Erfolge demonstriert.

SEIFERT.

44) **K. Romanofski** (Miskoloz). **Seltene Kehlkopfkomplikation eines Typhus abdominalis.** *Med. Klinik. No. 23. 1919.*

Am 12. Tage der fieberfreien Rekonvaleszenz nach Typhus abdominalis trat eine isolierte Lähmung der Mm. postici auf, welche die Tracheotomie erforderte. Heilung.

SEIFERT.

45) **Julius Ullmann. Ueber Rekurrenslähmung bei gutartigem Kropf.** *Diss. Freiburg 1919.*

33 Jahre alte Frau. Rechtsseitige Rekurrenslähmung.

DREYFUSS.

46) **Robert C. Lynch. Die Technik der Schwebelaryngoskopie. (Technic of suspension laryngoscopy.)** *The Laryngoscope. Dezember 1915.*

Dieser Aufsatz ist leider dem neuen Lynch'schen Apparate, welcher wirklich nützliche Zutaten zur Killian'schen Aufhängelaryngoskopie bringt, nicht gerecht. Aus den sehr undeutlichen, von Photographien entnommenen Bildern ist es unmöglich, den Bau des Mechanismus zu erkennen, und ohne gute Bilder ist die Beschreibung kaum verständlich. Lynch's Mundsperre erlaubt eine bedeutend grössere Aufsperrung des Mundes wie die Killian'sche, und der durch ein Gewinde stellbare, bewegliche Zungenspatel ist auch ein Vorzug.

OTTO FREER.

47) **Georg Martin Hosse. Ueber ein polypöses, obturierendes Karzinom des linken Hauptbronchus.** *Diss. Heidelberg 1917.*

Der Tumor war in vivo nicht erkannt worden, vielmehr hatte die durch ihn veranlasste putride Bronchitis, Hepatisation der linken Lunge und abgekapseltes Pleuraempyem zu einer Rippenresektion geführt; am gleichen Tage Exitus. Histologischer Befund: Zylinderzellenkrebs. DREYFUSS.

f) Schilddrüse.

48) **Wm. F. Campbell** (Brooklyn). **Basedow; Nebendrüse. (Exophthalmic goiter; accessory thyroid.)** *Medical Times. März 1916.*

Der Anweisung von Plummer, Wilson und Mayo folgend, teilt Verf. das Gebiet ein in: Toxische Strumen mit Exophthalmus; toxische Strumen ohne Exophthalmus und einfache toxische Strumen. Sein erster Fall war toxisch nebst Exophthalmus. Die Hypersekretion brachte ein Toxin hervor, das auf das Nerven- und Gefässsystem wirkte, daher der Tremor, Erregbarkeit, Funktionsstörungen der Haut, Tachykardie und Exophthalmus, alles das ein Resultat einer von der Thyreoidea ausgehenden Toxämie. Der zweite Fall betraf eine Nebendrüse. Beide Pat. wurden geheilt. FREUDENTHAL.

49) **Georg Namislo. Ueber einen eigenartigen Fall einer fibromatösen Schilddrüsenwucherung.** *Diss. Breslau 1919.*

14 Jahre alter Kaufmannslehrling. Geschwulst in und oberhalb der linken oberen Brustapertur, die die Trachea nach rechts verdrängt, das linke Schlüsselbein luxiert. Probeexzision ergibt zellarmes Bindegewebe, stellenweise myomatös. Epitheliale Bestandteile fehlen. Der Tumor wächst. Tod an Grippe unter Suffokationserscheinungen. Keine Obduktion. DREYFUSS.

50) **Johannes Cramer. Zur Kasuistik der syphilitischen Schilddrüsenentartung.** *Diss. Breslau 1919.*

37jähriges Dienstmädchen. Die Diagnose wurde auf Struma gestellt. Bei der Operation fand man die Schilddrüse in lehmartige, bröcklige Massen verwandelt, ebenso ist die benachbarte Muskulatur gelblich verfärbt und bröckelig. Weitere Operation deshalb sistiert. Die darauf vorgenommene Blutprobe ergab Wassermann +. Heilung unter antiluetischer Therapie. DREYFUSS.

g) Oesophagus.

51) **E. O. Jones and J. B. Manning** (Scattle, Wash.). **Angeborene Atresie des Oesophagus. (Congenital atresia of the oesophagus.)** *Journ. Amer. med. assoc. 11. März 1916.*

Die Aussicht auf eine Heilung durch Operation (Gastrostomie) ist, wie auch dieser Fall beweist, eine hoffnungslose. FREUDENTHAL.

52) **Ludwig Reinhold. Ueber ein Karzinom fast des ganzen Oesophagus mit ausgedehnter Freilegung der Aorta.** *Diss. Erlangen 1919.*

Das Karzinom erstreckte sich vom Kehlkopf bis 3 Querfinger unterhalb der Bifurkation. 2 Perforationsstellen in der Trachea. Der Bogen der absteigenden Aorta ist 5 cm weit völlig durch das zerfallene Karzinom freigelegt. DREYFUSS.

53) **Robert L. Moorhead. Geschwür und narbige Verengerung der Speiseröhre nach Typhus abdominalis. (Post typhoid ulceration and stricture of the oesophagus.)** *The Laryngoscope. Dezember 1915.*

Die Literatur dieses seltenen Zustands ist in diesem Aufsatz vollständig berücksichtigt und liefert den Beweis, dass typhöse Geschwüre des Oesophagus ungemein selten sind. Es sind nur 17 Fälle von Speiseröhrenverengerung nach Typhus bisher beschrieben, Verf.'s Fall ist der 18.

Am Ende der vierten Woche eines Typhus begann der Pat., ein junger Mann von 20 Jahren, feste Speisen nur mit Mühe zu schlucken. Innerhalb von 2 Monaten konnte er nur mehr Flüssiges geniessen. Es war möglich, eine feine Sonde durch die Striktur zu bringen, welche sich aber rasch bis zum vollen Kaliber der Speiseröhre dilatieren liess. Eine bedeutende Ausdehnung der Speiseröhre, welche sich oberhalb der Striktur gebildet hatte, ging nicht ganz zurück, so dass etwas von dem mühevollen Schlucken zurückblieb. OTTO FREER.

54) **Karl Koeppen. Beiträge zur Diagnose und Therapie gutartiger Oesophagusstrikturen.** *Diss. Berlin 1918.*

7 Fälle von Aetzstrikturen nach Trinken von Natronlauge, wie sie gegenwärtig — wegen der häuslichen Seifenfabrikation (Ref.) — häufiger zur Beobachtung kommen. Die Fälle sind z. T. nicht fertig beobachtet, der literarische Wert der Arbeit daher kein grosser. Erwähnt möge werden, dass verschiedentlich durch die Bougierung Verletzungen mit darauffolgendem hohen Fieber veranlasst wurden. DREYFUSS.

55) **A. Welcker. Pulsationsdivertikel des Oesophagus. (Pulsie-divertikel van den slokdarm.)** *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. II. No. 6. S. 470. 1919.*

Besprechung eines Falles. Da Pat. die Oesophagoskopie nicht zuliess, wurde die Diagnose auf Grund der Anamnese, der Beobachtung beim Schlucken und durch Röntgenaufnahme gestellt. v. GILSE.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) **Felix Blumenfeld. Obere Luftwege.** Handbuch der Tuberkulose von Brauer, Schröder und Blumenfeld. Barth. Leipzig 1919.

Bei aller Knappheit der Darstellung kann die Arbeit geradezu als lückenlos bezeichnet werden und sie hat den Vorzug, das Wesentliche und praktisch Brauchbare in leicht auffindbarer und übersichtlicher Weise hervorzuheben. Beherzigenswert sind die Mahnungen zur Selbstkritik und Zurückhaltung bei Publikationen

von Heilungen im Hinblick auf die an Enttäuschungen und Irrtümern reiche Geschichte der Behandlung der Kehlkopftuberkulose. In dem statistischen Kapitel bestätigt sich wieder einmal, dass selbst in unserem statistischen Zeitalter Lücken unausgefüllt bleiben. So ist das Material über Zusammenhang des Leidens mit gewerblichen Schädigungen äusserst spärlich. Sollte das nicht auch mit den Mängeln der sozialen Fürsorgeeinrichtungen gerade für Schwerst-Tuberkulöse zusammenhängen? Verf. steht sowohl der „primären" Kehlkopftuberkulose kritisch gegenüber, als auch lässt er diese Kritik der „Stückchen-Diagnose" gegenüber walten, bei der es auf die Technik der Entnahme recht wesentlich ankommt. In der Erklärung des Zustandekommens der Kehlkopftuberkulose findet er den Grund in den anatomischen Verhältnissen, besonders der Anordnung der Halslymphdrüsen. Was er an Material zur Klinik der Tb. lar. beibringt, entspringt sichtlich reicher eigener Erfahrung, klarer Beobachtung und einer vorzüglichen Beherrschung der Fachliteratur. Einige Einzelheiten seien erwähnt: Flüstern ist anstrengender als leises Sprechen, somit kein Schonungsmittel für den tuberkulösen Kehlkopf, vor Einbringung von Arzneimitteln bedarf es der sorgfältigen Reinigung des tuberkulösen Larynx, Sonnenlichtbehandlung sowie Heissluft geben zweifelhafte Erfolge, Röntgen scheitert an der Schwierigkeit der Anwendung, Radiumbehandlung ist ermutigend, Stauung wirkungsvoll, besonders symptomatisch bei Perichondritis. Autoskopie und Schwebelaryngoskopie haben bei Tuberkulösen gewisse Nachteile. Tuberkulinreaktion gibt wegen des auch sonst wechselnden Verhaltens der Schleimhäute oft kein sicheres Resultat. Tuberkulin ist therapeutisch von geringer lokaler Wirkung. Eine eigentliche Prognose gibt es nicht. Mässig kontinuierliches Fieber und Schwangerschaft sind keine absolute Gegenanzeige gegen chirurgische Eingriffe, dagegen remittierendes, insbesondere die sog. Streptokokkenkurve, hoher weicher Puls, Schleimhautblässe (?), fallende Gewichtszahlen, Menses, Diazoreaktion. Im speziellen entscheidet sich Verf. bei Ulzerationen für Flachbrenner, bei diffusen Infiltraten für Tiefenstich, sonst für die Doppelkurette, in geeigneten Fällen für kombiniertes Verfahren, eventuell Ersatz der Kaustik durch Milchsäure oder das von ihm angegebene Dianol. Die Indikation zur Tracheotomie beschränkt er auf Stenose, die auf anderem Wege nicht zu beheben. Wohltuend wirkt die vorsichtige Bewertung der Erfolge, äusserst lesenswert sind die Ausführungen über Nachbehandlung, Diätetik, das Zusammenwirken von allgemeiner, insbesondere klimatischer Behandlung mit der lokalen, von denen jede einzeln unzulänglich ist. Die Ausführungen über Tracheoskopie berücksichtigen die Diagnose der peribronchialen Drüsenschwellung, erkennbar an Spornabflachung und Wandeinbuchtungen. Bezüglich der Prophylaxe der Katarrhe werden nützliche Winke gegeben, die Nasenatmung, Rolle der Drüsen, das Thema der Retraktionsinduration der Lungenspitzen findet anschauliche Bearbeitung.

Alles in allem ein vorzügliches Buch, dem man nur an Stelle der schon aus dem Katz, Preysing, Blumenfeld'schen Handbuch bekannten und der nicht sehr anschaulichen sonstigen Abbildungen, von denen die auf Seite 63 sogar misslungen ist (Kriegsverhältnisse?), ein dem ausgezeichneten Text angemessenes Bildermaterial wünschen möchte. Alfred Peyser (Berlin).

b) Vereinigung Schweizerischer Hals- und Ohrenärzte.

7. Hauptversammlung am 17. und 18. Mai 1919 in Bern.

Präsident: Prof. Barraud (Lausanne).
Schriftführer: Prof. Oppikofer (Basel).
Anwesend: 33 Mitglieder.

I. Geschäftssitzung.

Aufgenommen in die Gesellschaft werden: Prof. Dr. Lüscher (Bern), DrDr. Barbey, Hegi, Raaflaub, Rohrer, Terrier, Stupnicki.

Die Zahl der Vereinsmitglieder beträgt: 64.

Als Versammlungsort für 1920 wird Zürich bestimmt.

Prof. Siebenmann referiert Namens der Taubstummenkommission über den gegenwärtigen Stand der Vorarbeiten für eine allgemeine schweizerische Taubstummenzählung, welche aus sozialen und medizinisch hygienischen Gründen nun dringend notwendig geworden ist, nachdem seit der letzten derartigen Zählung beinahe 50 Jahre verflossen sind. Der Bundesrat hatte 1917 angeordnet, dass diese von der Vereinigung Schweizerischer Hals- und Ohrenärzte sowie von dem Schweizerischen Fürsorgeverein für Taubstumme und der Schweizerischen gemeinnützigen Gesellschaft angeregte und seit 10 Jahren schwebende Angelegenheit bis nach Beendigung des Krieges zurückgelegt werde. Jetzt soll sie mit Unterstützung des Schweizerischen Gesundheitsamtes, das sich dazu bereit erklärt hat, neu aufgenommen werden. Es bildet sich zu diesem Zwecke eine grössere Kommission, bestehend aus Delegierten unserer Schweizerischen Aerzteschaft sowie grösserer gemeinnütziger und statistischer Vereine, dessen Arbeitsausschuss die weiteren vorbereitenden Schritte unternehmen und nach Abschluss der allgemeinen Volkszählung von 1920 beim Bundesrat wieder ein Kreditbegehren für die dabei notwendigen ärztlichen und spezialärztlichen Untersuchungen einreichen wird.

II. Wissenschaftlicher Teil.

1. Gallusser (St. Gallen): Die intranasale Eröffnung der Stirnhöhle.

Der Vortr. erläutert an Hand zahlreicher Photographien die Operationsmethode nach Halle, nach welcher er 10 Fälle operiert hat. Von diesen sind 8 ausgeheilt, während 2 von aussen nachträglich noch nachoperiert werden mussten. Aber auch bei diesen letzteren fand sich die Schleimhaut völlig entfernt, so dass die von den beiden Pat. angegebenen Schmerzen als beruhend auf einer Neuralgie angesehen werden müssen. Das intranasale Operationsverfahren kann die Operation nach Killian nicht ersetzen, aber eignet sich in sehr vielen Fällen vortrefflich zur Behandlung von Stirnhöhleneiterungen, die durch Spülung sich nicht beheben lassen.

Diskussion: Siebenmann weist mit Nachdruck auf die Gefahren hin, welche der Operation innewohnen, Verletzungen der vorderen Schädelgrube sind

bei gewisser Konfiguration des Schädels und seiner Höhlen kaum zu vermeiden, selbst wenn man nach Spiess hinter dem Röntgenschirm operiert.

2. Nager (Zürich): Mikroskopische Demonstrationen.
Es werden eine Reihe sehr instruktiver und schöner farbiger Lumièreplatten demonstriert über einen Fall von Ostitis deformans (Paget) im Felsenbein einer 73jährigen, an Dementia senilis verstorbenen Patientin.

3. Schubiger (Solothurn): Amyloidtumor des Nasenrachenraums.
58jährige, im übrigen gesunde Frau, kommt wegen behinderter Nasenatmung und Blutung zur Untersuchung. Letztere ergibt einen retronasalen, weichhöckerigen Tumor, ausgehend vom Rachendach und der seitlichen Rachenwand von etwa Nussgrösse. Abtragung mit dem Beckmann'schen Messer, pathologisch-anatomische Untersuchung ergibt Amyloid. Der Fall ist vor allem dadurch interessant, als im Gegensatz zu den tieferen Luftwegen eine lokalisierte Amyloidose des Nasenrachenraums bis jetzt nicht beschrieben ist.

Diskussion: Nager: Der von Monnier (Zürich) seiner Zeit operierte und im Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte publizierte Fall von Amyloidtumor, ausgehend vom Siebbein, hat sich bei einer späteren genaueren histologischen Untersuchung nicht als solcher erwiesen, wohl aber sah ich einen histologisch einwandfreien Fall ähnlicher Lokalisation mit Dr. Grob (Altstätten), dabei kam es dann zu Metastasenbildung (Sarkom mit Amyloid). Einen weiteren Fall von Amyloidtumor der Kieferhöhle hat H. Schmid auf Veranlassung von Nager in einer Dissertation beschrieben.

4. Oppikofer (Basel): Mikroskopische Demonstration der Labyrinthe eines Kesselschmiedes.

5. Barraud (Lausanne): Luftembolie durch den Sinus lateralis nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes.

6. Schlittler (Basel): Ueber die Lebensgefährlichkeit der Mittelohreiterungen nach dem Sektionsmaterial der Basler Ohrenklinik der letzten 20 Jahre.

7. Siebenmann (Basel): Demonstrationen aus der normalen Anatomie des menschlichen Labyrinths.

8. Hug (Luzern): Epithelioma baso-spinocellulare der Trachea.
Die 32 jährige Patientin wurde dem Referenten vom Chirurgen zugesandt mit dem Bemerken, dass der Stridor zum Kropfbefund in keinem Verhältnis stehe.
Anamnese: Seit $1^1/_2$ Jahren neben zunehmender Heiserkeit progressive Atembehinderung. In den letzten Monaten plötzlich auftretende Erstickungsanfälle. Befund: Zyanose mässigen Grades bei fast totaler Aphonie und exquisit inspiratorischer Stridor. Struma kugelig und am unteren Pol leicht abzugrenzen; neben Crista septi Zeichen einer Pharyngo-laryngitis sicca. Indirekte Tracheoskopie in Killian'scher Stellung: An der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel der Trachea in der Medianlinie ein breitbasiger, der vorderen Tracheal-

wand aufsitzender, haselnussgrosser Tumor von konischer Form und graurötlicher Farbe, respiratorisch deutlich verschieblich und speziell bei der Exspiration ventilartig die Luftröhre verschliessend.

9. Roch (Basel): Otosklerose und Tetanie.

10. Laubi (Zürich): Psychogene Störungen im Gebiete der Oto-Laryngologie.

Psychoneurosen sind Störungen des Affektlebens und nicht des Vorstellungslebens, es spielen also bei ihrer Entstehung nicht nur die bewussten, sondern vor allem die unbewussten Seelenvorgänge eine grosse Rolle. Es dürfte daher der Ausdruck „Psychoneurosen" zu ersetzen sein durch das Wort „Thymosen" (thymos = Leidenschaft, Affekt), welches dann schon im Voraus darauf hinweist, dass bei der Entstehung dieser Leiden die Affekte eine grosse Rolle spielen.

Affekte können nicht nur seelische, sondern auch körperliche Veränderungen hervorrufen, und es kommt den Affekten gegenüber den Vorstellungen eine gewisse Selbständigkeit zu, sie können sich schon unter physiologischen Verhältnissen von den ihnen zugehörigen Vorstellungen loslösen.

Viel häufiger ist dies dann der Fall bei der Pathologie der Affekte, und es kommt dieses Selbständigwerden der Affekte vor allem zustande bei Behinderung eines normalen Ablaufes eines Affektes, eingeklemmte Affekte oder Komplexe. Es werden durch diesen Vorgang die Affekte der Bearbeitung durch das bewusste Seelenleben unzugänglich, sie sind scheinbar verschwunden aus dem Gedächtnis und führen im Unterbewusstsein ein selbständiges Leben. Komplexbildung findet sich nur bei Individuen mit bestimmter Hirnanlage (psychoneurotische Konstitution) und in den Fällen, wo ein Individuum von einem überaus heftigen Affekt betroffen wird, oder es anfängt nach Erleben einer ganzen Reihe kleinerer Affekttraumen die unangenehmen Affekte (Angstgefühl, Sexualspannungen usw.) zu verdrängen. Es haben diese verdrängten Affekte dann die Tendenz, sich immer wieder bewusst zu machen, sie kommen dem Individuum zum Bewusstsein als ein vages Angstgefühl, das dann imstande ist, irgendeine Situationsangst abnorm zu verstärken und dann gewisse motorische Leistungen zu verunmöglichen (Sprache, Gang usw.). Sie können aber auch dadurch, dass sie als Bahnen um zum Bewusstsein zurückzukehren die Engramme früherer körperlicher Krankheiten benutzen, thymotische Symptome erzeugen, wobei dann die Nosophilie des betreffenden Kranken eine grosse Rolle spielt. Auf diese Weise entstehen auf otologischem Gebiete die thymogene Taubheit und Schwerhörigkeit, der thymogene Schwindel, thymogene Ohrgeräusche und Schmerzen im Warzenfortsatz, auf rhinologischem Gebiete Kopfschmerzen, vasomotorische Veränderungen der äusseren und inneren Nase und gewisse Formen von Asthma, ferner Druck- und Globusgefühle im Pharynx, die thymogenen Lähmungen des Gaumensegels, thymogene Aphonien, Phonasthenie, der nervöse Husten, das Stottern, die psychogene Mutitas usw., ebenso psychogene Sekretionsstörungen, wie Speichelfluss, Reizungen der Schweiss- und der Thymusdrüsen u.s.f.

Bei der Differentialdiagnose wird vom Vortr. besonders auf die Lehre von Muck aufmerksam gemacht, dass durch Affekte alle diejenigen Funktionen, die bei der Geburt noch nicht vorhanden waren und vom Individuum erst erlernt werden mussten, hauptsächlich beeinflusst werden und zwar um so eher, je später ihre Funktion eintrat.

Bei der Therapie empfiehlt Laubi, besonders prophylaktisch vorzugehen, z. B. das Leben von Kindern, die zu Thymosen neigen (beginnende Stotterer), so affektfrei als möglich zu gestalten. Die hauptsächlichste Therapie ist die nachträgliche Abreaktion der eingeklemmten Affekte im Halbschlaf nach Frank, jedoch führen auch andere Methoden zum Ziel, wie Abreaktion im Wachzustand durch einfache Aussprache mit dem Patienten, Suggestivbehandlungen, Einführung der Muck'schen Kugel bei Aphonien usw. Wichtig ist auch eine richtige psychische Einstellung des Patienten gegenüber seinem Leiden (Psychosynthese von Jung und Forrel).

Diskussion:

Nager hebt die Wichtigkeit hervor, welche die Kenntnis dieses Gebietes für Hals- und Ohrenärzte namentlich bei der Behandlung der Sprachstörungen hat. Die Folge ist wahrscheinlich, dass gewisse bisher eingeführte Behandlungsmethoden, vor allem die Gutzmann'sche Atemgymnastik, bei Stotterern durch die Abreagierungsmethode von Frank (Katharsis) ersetzt werden müssen. Nager frägt dann den Vorsitzenden an, wie es sich mit den tymogenen Störungen im Gebiet des Vestibularapparates verhalte, der zu den phylogenetisch ältesten Sinnesorganen gehört und also nach der Lehre Muck's nicht von thymogenen Störungen betroffen werden sollte. Ferner möchte er vom Vortr. Anhaltspunkte erhalten, woran Kinder mit Neigung zu thymogenen Störungen zu erkennen sind.

Laubi: Solche Kinder sprechen leicht an auf Affekte, wechseln oft die Stimmung auf den geringsten äusseren Anlass, schlafen schlecht. Was die Vestibularstörungen anbelangt, so ist eben das Gehen als eine angelernte Funktion zu betrachten.

Siebenmann: Handelt es sich bei der Mehrzahl der sog. Kriegsneurosen um Hysterie oder Simulation?

Laubi: Wir sind nicht berechtigt, Simulation anzunehmen; es spielen da Hemmungen mit, Angstzustände, welche gerade affektbetonte Individuen davon zurückhalten, in ihre frühere Umgebung (Kampfplatz) zurückzukehren.

11. Siebenmann (Basel): Die perakute septische Osteomyelitis des Schläfenbeins im Kindesalter.

12. Oppikofer (Basel): Demonstration einer Sammlung schwindelhafter Ohrapparate.

13. Nager (Zürich): Elektrische Traumen des Gehörorgans.

Der Vorsitzende begrüsst die als Gäste erschienenen Herren de Quervain und Sahli und möchte deren Anwesenheit benutzen, um die Frage des Fach-

examens für Oto-Rhino-Laryngologie aufzurollen. Was speziell seine Wünsche in dieser Richtung anbelangt, so möchte er nur wünschen, dass der junge Mediziner wenigstens untersuchen lernt; dies wird aber bei dem jetzigen Zustand bei uns nicht erreicht aus dem einfachen Grunde, weil wohl ein Kurs vorgeschrieben ist, aber von den Studenten nicht regelmässig besucht wird, da keine Prüfung in unserem Fach stattfindet.

Lüscher (Bern) möchte aus naheliegenden Gründen keine Mehrbelastung des Studenten, aber einen Ausweis zu verlangen über sein Können, hält auch er für ausserordentlich wertvoll.

Siebenmann (Basel) war seiner Zeit Gegner des Examens wegen Ueberlastung des Studierenden. Die ganze Entwickelung geht nun aber doch dahin, dass wir diesen kleinen Schritt zur Prüfung noch vollziehen müssen und dies um so mehr, als seither mehrere andere Spezialfächer unbedenklich ebenfalls in den Examenplan aufgenommen worden sind. Hinweisend auf die Wichtigkeit unseres Faches speziell im Versicherungswesen, bei der Beurteilung der Wehrpflichtigen, aber auch in der täglichen Praxis des Landarztes wünscht er, dass die Rhino-Laryngologie möglichst bald Prüfungsfach werde.

de Quervain (Bern) erklärt sich mit Siebenmann völlig einverstanden, aber es wird schwierig sein, das Postulat durchzubringen, jetzt, in der Zeit, wo allgemein der Ruf nach Abrüsten ertönt, und die Ueberbürdung des Studenten eine solche Rolle spielt. Mit dem Steigen der Klinikerzahl geht keineswegs eine Besserung hinsichtlich der Qualität Hand in Hand, und damit werden auch die Vertreter der Hauptkliniken gezwungen, den Unterricht auf die niederste Stufe einzustellen, so dass es sogar da an der nötigen Ausbildungszeit fehlt.

Sahli (Bern) erklärt sich ebenfalls einverstanden mit den Forderungen der Otologen, praktisch bestehen aber ausserordentlich grosse Schwierigkeiten namentlich jetzt, wo das Prinzip der Abrüstung allgemein wird und die Jugend ausserordentlich revolutionär gesinnt ist. Auch er hält für richtig, was Prof. de Quervain über die Qualität der Studenten gesagt hat und möchte dafür als Hauptursache verantwortlich machen, dass die moralischen Qualitäten des angehenden Mediziners viel zu wenig Beachtung finden, der rein materialistische Unterricht des modernen Gymnasiums und Realgymnasiums trägt zum grossen Teil die Schuld daran.

Siebenmann (Basel) repliziert, dass das, was in Deutschland möglich sei, auch bei uns in der Schweiz ausführbar sein sollte; dabei soll gar keine Mehrbelastung stattfinden, wir wünschen nur, dass die obligatorischen Kurse auch besucht werden, es liegt dies im Interesse des zukünftigen Arztes wie in dem seiner Patienten.

Schlittler.

---

c) Section of Laryngology Royal Academy of Medicine.

Sitzung vom 7. Dezember 1917.

A. Brown Kelly: 1. Photographien, Präparate und Projektionsbild einer Teratoidgeschwulst oder Haarpolypen des Nasenrachenraums.

Als Originalartikel erschienen Journ. of Laryng., 1918, p. 65.

2. Kollektion von Zahnzysten und Zysten des Nasenbodens.

a) Verwechslung von Zahnzysten mit vermeintlichen Erkrankungen des Antrum.

Man hat erkannt, dass „Hydrops antri Highmori", „Ausdehnung des Antrum durch Flüssigkeit oder Schleimzysten", „Antrumempyem mit Verlegung des Ausführungsgangs und Hervorwölbung der Wände" als solche nicht existieren und in Wirklichkeit durch Zahnzysten hervorgerufen sind, die auf das Antrum übergreifen. K. hat in den letzten 31 Jahren 11 Fälle von Zahnzysten gefunden, die er früher — mit wenigen Ausnahmen — als Varietäten von Antrumerkrankungen oder als Folge von Periostitis des Oberkiefers angesehen hätte.

b) Die Unterscheidung von Zysten des Nasenbodens von Zahnzysten.

Es können sich gelegentlich im vorderen Teil des Nasenbodens Retentionszysten entwickeln, die bis zu Kirschgrösse erreichen, eine feste Wand haben und die Nasenflügel in die Höhe drängen. Diese Zysten haben mit den Zähnen nichts zu tun. Auch bei Zahnzysten kommt es vor, dass sie sich nach aufwärts ausdehnen und den Nasenboden vorwölben; manche Autoren haben dies als ein wertvolles diagnostisches Zeichen für Zahnzysten beschrieben. Der Bericht ihrer Fälle aber zeigt, dass es sich um Zysten handelte, die tatsächlich im Nasenboden ihren Ursprung hatten.

Irwin Moore: Retentionszyste des Nasenbodens.

Bei dem 53jährigen Pat. war eine kleinwallnussgrosse runde fluktuierende Schwellung am Boden des rechten Vestibulum vorhanden, das Nasenloch war verstopft, der rechte Nasenflügel nach aussen gewölbt, die Oberlippe nach vorn gedrängt, die Schwellung erstreckte sich nach unten rechts von der Mittellinie; erhebliche Defiguration des Gesichts. Ein Zahnarzt inzidierte die Zyste sublabial und entleerte sie ihres Inhalts, der aus dickem, gelbem Exsudat bestand.

Herbert Tilley hat gefunden, dass diese Zysten meist vergesellschaftet sind mit einem kariösen Schneidezahn und dass ihr Inhalt Cholesterinkrystalle enthält. Die grossen Zysten, die sich oft wie ein Handschuhfinger nach hinten erstrecken, operiert er unter der Lippe her, er kratzt die auskleidende Schleimhaut aus und drückt die ganze Zystenwand vom Innern der Nase nach unten. Das Resultat ist prompt und gut und es wird so eine prolongierte Eiterung in die Nase vermieden.

William Hill: Pharynxdivertikel, behandelt mittels Diverticulopexie.

43jähriger Mann, klagt über Dysphagie, Regurgitieren der Nahrung. Die Diagnose wurde durch Endoskopie und Röntgenuntersuchung bestätigt. Die Tasche, die mit dem Schlund durch Faszie verbunden war, wurde freigelegt und der Fundus der uneröffneten Tasche an die linke Seite des M. constrictor inferior angenäht. Alle Symptome sind seit der Zeit verschwunden.

E. D. D. Davis: War das Divertikel durch fibröses Gewebe fest mit dem Pharynx verbunden und war die Freilegung schwierig? Mosher hat eine Arbeit veröffentlicht, in welcher er drei erfolgreiche Fälle berichtet, bei denen er die Wand zwischen Sack und Pharynx mit Zuhilfenahme des Endoskops so weit spaltete, als der Fundus des Sackes reichte. Wenn das Divertikel dem Pharynx nicht adhärent ist, so kann die Mosher'sche Behandlung Mediastinitis zur Folge haben. Vielleicht ist das Verschwinden der Symptome zurückzuführen auf die Durchtrennung des unteren horizontalen Fasernbandes des M. constrictor inferior. Diese Divertikel sind in Wirklichkeit Hernien zwischen den horizontalen und schrägen Fasern des Constrictor inferior und bestehen nur aus Schleimhaut. Die Pathogenese dieser Divertikel ist ähnlich der der Inguinalhernien. Was die Exzision des Sackes anbetrifft, so kennt er zwei Fälle von Rezidiv, in denen der Sack exzidiert und die Oeffnung in den Pharynx sorgfältig mit zwei Etagennähten vernäht war; in dem einen Fall trat das Rezidiv 5 Jahr, in dem anderen 2 Jahre nach der Operation auf.

Dundas Grant hat einen Fall durch Tod verloren, ein anderer ist geheilt und man hat nichts von einem Rezidiv gehört. Es bestand jedoch keine Adhäsion zwischen Sack und Oesophagus und in keinem Fall konnte die Mosher'sche Operation mit irgendwelcher Aussicht auf Erfolg gemacht werden. Im ersten Fall wurde der Sack ein grosses Stück nach unten gestreckt und nachdem er von seiner Anhaftung befreit war, schrumpfte er zu der Grösse eines Fingerlings zusammen. Um Eintreten eines Rezidivs zu verhüten, hält D. es für wichtig, mit der Dilatation des Orifizium des Oesophagus fortzufahren; er ist überzeugt, dass die Kontraktion hier mit der Bildung des Sackes zu tun hat. Er hat einen Fall beschrieben, wo keine Tasche vorhanden war, obwohl alle Symptome davon bestanden; aber es bestand Neigung zur Ausstülpung. Alle Symptome verschwanden nach Dilatation der oberen Oesophagusmündung.

Kelson hat in 2 Fällen von kompletter Entfernung des Sackes nach zwei bzw. drei Jahren kein Rezidiv gesehen; beide waren zwischen 60—70 Jahre alt.

Hill: In seinen beiden operierten Fällen befand sich die Tasche zwischen den horizontalen und schrägen Fasern des Constrictor inferior, d. h. der Hals des Sackes war umgeben von den Fasern des Constrictor inferior. Ligatur des Sackes hält er für gefährlich, da Gangrän an der Ligaturstelle, Infektion und Mediastinitis eintreten kann. In seinen beiden Fällen war das Divertikel durch Faszie mit der Unterlage verbunden; es bedurfte sorgfältiger Lostrennung und er war froh,

ein Bougie in der Tasche zu haben. H. verwirft die Mosher'sche Operation, denn er will nicht riskieren, im Dunkeln zu operieren, wenn eine offene Methode zur Verfügung steht.

Dundas Grant: Larynxtuberkulose bei einer weiblichen Patientin; Dyspnoe und Regurgitationen von Flüssigkeiten beim Trinken, beseitigt durch endolaryngeale Operation.

Es bestand Infiltration beider ary-epiglottischen Falten und Taschenbänder nebst Knötcheninfiltration der Oberfläche des rechten Stimmbandes. Ferner war ein tuberkulöses Depot in der Regio interarytaenoidea vorhanden, durch welches der Schluss der Stimmbänder beeinträchtigt, inspiratorischer Stridor und auch Regurgitieren der Flüssigkeiten in den Larynx beim Schlucken verursacht wurde. G. entfernte ein grosses Gewebsstück von der Regio interarytenoidea. Danach wurde das Atmen leichter. Es wurden Inhalationen von Anästhesinpulver mittels Le Duc'schen Rohrs verordnet und Anwendung eines Kautschukrohrs zum Trinken. Es wurden dann galvanokaustischer Tiefenstich der Taschenbänder und des rechten Stimmbandes gemacht; danach wurde die vordere Kommissur sichtbar, in der man ein kleines rundes Knötchen zwischen den Stimmlippen sah, das mit Landgraf'scher Zange entfernt wurde. Jetzt sind alle Symptome so gut wie verschwunden.

Dundas Grant: Fibro-Papillom des Larynx, Larynxtuberkulose vortäuschend.

Pat., ein Soldat, war wegen Larynxtuberkulose entlassen worden. Er hatte an Halsschmerzen, Kurzatmigkeit, Heiserkeit 6 Monate lang gelitten, seit 9 Monaten klagte er über Schmerzen vorn und hinten in der Brust. Es besteht Lungentuberkulose mit positivem Bazillenbefund. Nach Hochhebung der sehr überhängenden Epiglottis sah man den Larynx ausgefüllt mit einer grossen Geschwulstmasse. Mittels Schlinge und Zange wurde die Geschwulst entfernt. Die mikroskopische Untersuchung ergab die Struktur eines Papilloms mit Rundzelleninfiltration an der Basis. Riesenzellen oder Verkäsung fehlten.

Dundas Grant: Multiple Papillome des Kehlkopfes bei einem Kind; Tracheotomie und Entfernung unter Schwebelaryngoskopie; Dekanülement; Wiederkehren des Stridors; Wiedereinführung der Kanüle; Kehlkopf bei indirekter Laryngoskopie fast frei; versuchsweise Entfernung der Kanüle.

Der Knabe war von anderer Seite wegen Erstickungsgefahr 2 Monate vorher tracheotomiert worden. G. fand bei laryngoskopischer Untersuchung Papillome, die er in Schwebelaryngoskopie entfernte. Einige Wochen später wurde, da die Tracheotomieöffnung sehr hoch lag und den Ringknorpel mitbetraf, eine neue Oeffnung weiter unten angelegt und dieselbe Kanüle eingelegt. Neue schwebelaryngoskopische Untersuchung ergab völliges Freisein des Larynx von Papillomen; Pat. konnte ohne Kanüle atmen und wurde nach Hause gesandt. Zwei Monate später stellte sich wieder erschwertes Atmen ein und die Kanüle wurde

wieder eingeführt. Er wurde wieder zu G. gesandt, der ein Papillom am linken Stimmband fand, den Atmungsraum im Larynx aber völlig ausreichend. Entfernung des Papilloms mittels direkter Laryngoskopie und Enukleation der hyperplasierten Tonsillen. Pat. kann jetzt durch den Larynx atmen; G. rät aber, während der Wintermonate die Kanüle tragen zu lassen.

Tilley rät für perorale Entfernung der Papillome. Man soll zur Tracheotomie nur Zuflucht nehmen, wenn starke Dyspnoe vorhanden ist oder wenn die Schwierigkeiten der peroralen Operation unüberwindlich sind.

W. Hill würde, wenn er wieder einen solchen Fall in Behandlung bekäme, zu Radium oder Thorium greifen; es sind wunderbare Erfolge von Thoriumbehandlung berichtet.

Hunter Tod: Lipom des Larynx durch Operation entfernt.

48jähriger Mann wurde 1916 aufgenommen. Seit über einem Jahr steigende Atemnot, besonders Nachts und bei Anstrengung. Später Husten, der bisweilen in Anfälle von Dyspnoe ausgeht. Inspiratorischer Stridor. Der Larynxeingang war eingenommen von einem Tumor, der vom hinteren Teil des Larynx und der Regio interarytaenoidea links auszugehen schien. Bei tiefer Inspiration wurde der Tumor gegen die Stimmritze zu gesaugt. Die Oberfläche war glatt; die Farbe gelblich. Entfernung mittels einer Schlinge in Schwebelaryngoskopie. Die Geschwulst war taubeneigross und schien aus Fettgewebe zu bestehen. Die bedeckende Schleimhaut war nur lose mit dem darunter liegenden Gewebe verbunden.

Hunter Tod: Multiple Papillome des Kehlkopfes mittels Operation (Schwebelaryngoskopie) nach Tracheotomie entfernt; Tod 5 Wochen später an akuter membranöser Tracheitis und Bronchitis.

4 Jahre alter Knabe, Dyspnoe und Stridor; angeblich sollen die Symptome bereits seit der Geburt bestehen, haben sich aber in den letzten zwei Wochen verschlimmert. Larynxinnere konnte mit dem Kehlkopfspiegel wegen überhängender Epiglottis nicht übersehen werden. Als das Kind in Narkose gebracht wurde, trat solche Atemnot ein, dass tracheotomiert werden musste. Schwebelaryngoskopie ergab Papillome am rechten Stimmband und unter demselben. Völlige Entfernung der Papillome. Zuerst war das Resultat sehr gut; nach dem dritten Tage konnte Pat. bei verstopfter Kanüle gut atmen. Drei Wochen später trat unter Fieber Rötung in der Umgebung der Wunde auf, die Rötung nahm allmählich zu mit Induration des subkutanen Gewebes; es wurde Schleim aus der Trachea aufgehustet, besonders nach starken Hustenanfällen. Diese Anfälle nahmen zu und gingen einher mit äusserster Dyspnoe; schliesslich fand sich gelegentlich in dem Schleim eine grössere Menge Blut. Bei Entfernung der Kanüle sah man, dass die Oeffnung eingefasst war von einer gelatineartigen Membran. Nach Einführung eines dünnen Bronchoskops konnte man sehen, dass diese Membran bei der Atmung flottierte und sich nach unten in unregelmässigen

Massen bis zur Bifurkation fortsetzte. Während der Untersuchung schwerer dyspnoeischer Anfall. Zwei Tage später Exitus.

Demonstration von Präparaten. Die mikroskopische Untersuchung der Membranen ergab zahlreiche gram-positive Streptokokken und einige Gruppen gram-positiver Kokken in Staphylokokkenform. Es fanden sich noch einige gram-positive Bazillen, die aber keine der Charakteristika der Diphtheriebazillen zeigten.

D. R. Patterson hat ebenfalls einen Todesfall an membranöser Ausschwitzung ein paar Tage nach einer Operation unter ähnlichen Umständen gehabt. In einem anderen Fall war ebenfalls membranöse Exsudation einige Zeit nach der Operation; das Kind war lange Zeit krank, Anwendung einer Autovakzine hatte ein gutes Resultat.

Hunter Tod: In seinem Fall trat die Membranbildung 3 Wochen nach der Operation auf, nachdem das Kind schon auf war und umherlief; die Infektion kann also nicht als Folge der Operation angesehen werden.

Dundas Grant: Fremdkörper im linken Bronchus eines Kindes, ein Jahr lang dauernden Kollaps der Lunge verursachend.

9jähriger Knabe erkrankte Dezember 1916 mit Erbrechen und Schmerzen in der linken Brustseite und Husten. Er lag wochenlang zu Bett. August 1917 ins Hospital aufgenommen; man fand, dass die rechte Lunge sich bis zur linken Parasternallinie erstreckte, die linke Lunge koliabiert war. Pirquet negativ. Husten und Auswurf; Leukozyten 9000. Röntgenuntersuchung ergab links diffuse Trübung, welche das Herz und Zwerchfell verdunkelte; das Herz war nach links verzogen. Eine neue Untersuchung ergab in Höhe des linken Bronchus einen Schatten von der Form eines Kragenknopfes. Mittels indirekter Bronchoskopie gelang es, den Fremdkörper zu entfernen. Da ein vorhergehender Versuch mittels oberer Bronchoskopie zu Larynxödem geführt hatte, wurde eine Hummerschwanz-Kanüle eingeführt, die nach 2 Tagen entfernt werden konnte. Der Zustand besserte sich schnell; unter Atemübungen allmähliche Expansion der Lunge.

Dundas Grant: Prätrachealer Abszess in akuter Entwicklung bei einer Frau mittleren Alters, Dyspnoe und Dysphagie verursachend.

40jährige Frau klagte über gelegentliches Versagen der Stimme. Larynx normal bis auf Internusparese. In der Nase eine einfache Ulzeration des Knorpels, aktive lupoide Ulzeration vorn an der rechten unteren Muschel. Chlorzinkapplikation in den Larynx wurde angeordnet. Vierzehn Tage später erwachte sie mit Schmerzen im Hals, Atem- und Schluckbeschwerden. Larynxbefund normal; jedoch bestand eine rote weiche Schwellung über der Schilddrüse. Am nächsten Tage Eröffnung des Abszesses. Nach 10 Tagen war die Kranke geheilt. Der Eiter enthielt keine Tuberkelbazillen, aber Streptokokken und Staphylokokken Eine Ursache für den Abszess war nicht aufzufinden.

Herbert Tilley: Ein chirurgisches Missgeschick, den Wert der Endokospie zeigend.

Bei Vornahme einer submukösen Septumresektion in Narkose gab der Narkotiseur den Aether mittels eines neuen Intratrachealrohrs. Dieses bestand aus 2 Teilen, einem proximalen mit Draht umwundenen, so dass der Pat. es nicht zusammenbeissen kann, und einem distalen Teil mit trichterförmigem oberen Ende, um den Larynx zu verschliessen. Das distale Ende des ersten Teils, sollte fest in den Trichter des zweiten Teiles schliessen. Das zusammengesetzte Rohr wurde von dem Narkotiseur unter direkter Besichtigung eingeführt. Als nach beendigter Operation der Schlauch entfernt wurde, kam nur der proximale Teil heraus. Es stellte sich heraus, dass das trichterförmige Ende in der Trachea steckte, es konnte mittels Endoskopie gesehen und extrahiert werden.

Frank A. Rose hat in letzter Zeit bei Septumresektion rektale Aethernarkose angewandt; diese Methode hat sich in allen Fällen z. B. auch bei Bronchoskopie sehr bewährt.

W. M. Mollison hat die intratracheale Aethernarkose bei Septumoperation aufgegeben, weil die durch die Nase einströmende Luft stört, indem Luftblasen eintreten, die mit dem Blut einen Schaum bilden. Rektalanästhesie verhindert nicht das Herabfliessen des Blutes in die Trachea.

Hunter Tod: Osteom des linken Stirnbeins.

33 jähriger Mann. Seit 18 Jahren tritt das linke Auge heraus und wird allmählich nach unten und aussen gedrängt. Ständige Kopfschmerzen. Kein Ausfluss aus der Nase. Operation: Bogenförmige Inzision dicht unter der Augenbraue; bei Freilegung des Orbitaldachs fand sich der Knochen unregelmässig und knotig; es wurde ein grosser Teil des Knochens fortgenommen, aber keine Stirnhöhle gefunden. Es ist möglich, dass die Operation nicht ausgedehnt genug war, da T. fürchtete, die Dura mater frei zu legen. Pat. war eine Zeitlang frei von Beschwerden, jetzt wieder Kopfschmerzen und wahrscheinlich Wiederwachsen der Geschwulst.

Sir St. Clair Thomson: Glottisstenose infolge Kombination von Tuberkulose und Syphilis; Tracheotomie.

Vorgestellt in der Gesellschaft Nov. 1906. Die interessierenden Punkte in dem Fall sind: 1. Kombination von Tuberkulose und Syphilis; 2. Vorteile der unteren Tracheotomie; 3. die dauernde Vernarbung des Larynx; 4. das Fehlen jeglicher Lungenerscheinungen trotz elfjährigen Tragens der Kanüle. 5. Pat. hat 7 Jahre lang die Kanüle nicht gewechselt und gereinigt; der vertikale Teil der Kanüle ist daher durch Abnützung ganz verschwunden.

Sir St. Clair Thomson: Glottisstenose infolge Kombination von Tuberkulose und Syphilis; Tracheotomie.

41 jähriger Mann, von der Marine wegen Larynxtuberkulose entlassen. Juni 1917 Stridor, allgemeine Infiltration des Larynx, Ulzeration der Stimmbänder,

Glottis sehr eingesaugt, keine Dysphagie, keine Drüsen, Temperatur normal. 8 Wassermann positiv; im Sputum Tuberkelbazillen. Tiefe Tracheotomie: seitdem Behandlung mit Salvarsan- und Hg-Injektionen.

W. Jobson Horne: Zyste der Epiglottis von ungewöhnlicher Grösse.

20 jähr. Frau. Seit August zunehmende Schluckbeschwerden. Der Tumor geht von der linken aryepiglottischen Falte aus und nimmt den grössten Teil des Larynxrandes ein, so dass nur die rechte aryepiglottische Falte sichtbar ist. Keine Atembeschwerden.

W. Jobson Horne: Kehlkopf mit Epiglottiszyste.

Zufälliger Befund bei einer Sektion; keine Symptome intra vitam.

W. H. Kelson: Lähmung des linken Stimmbandes bei 32jähriger Frau.

Pat. gibt an, dass ihr vor 11 Monaten die linke Tonsille entfernt worden sei und einen Monat die angeblich tuberkulöse Drüse auf derselben Seite. Unmittelbar nach dieser Operation sei Heiserkeit und Beschwerden beim Schlucken aufgetreten. Linkes Stimmband fast unbeweglich; linke Larynxhälfte bei Sondenuntersuchung etwas insensibel. Niemals Lungenerscheinungen.

Norman Patterson: Fibrosarkom des Nasenrachenraums.

18 jähriger junger Mann. Zwei Jahre zuvor kleine Schwellung in der linken Wange, die entfernt und als Myxofibrom diagnostiziert wurde. Klagt über langdauernde Nasenverstopfung links, Veränderung der Sprache, Schmerzen in der linken Wange und über dem linken Auge. Feste Schwellung in der linken Fossa temporalis und eine andere unter dem linken Jochbogen. Nasenrachenraum ausgefüllt von fester Geschwulst. Augenscheinlich ist diese Geschwulst durch die Fissura pterygo-maxillaris in die Fossa zygomatica und von da aus nach oben in die Fossa temporalis gewachsen.

W. H. Jewell; Endotheliom des Nasenrachenraums.

13 jähriges Mädchen.

Irwin Moore: Speichelstein.

Schwellung unter dem Kieferwinkel seit einem Jahr zugleich mit Schwellung unter der Zunge; vor einem Monat Absonderung von blutig gefärbter Flüssigkeit, danach erhebliche Abnahme der Schwellung. Die rechte Submaxillardrüse hart, vergrössert, auf der rechten Seite des Mundbodens eine harte, unregelmässige Schwellung entsprechend dem Ductus Whartonianus, von welcher eine geringe Menge Eiter hervorkam. Entfernung eines Stückes zur mikroskopischen Untersuchung. Obwohl die mikroskopische Untersuchung nichts Malignes ergab, wurde doch in einem Konsilium die Meinung ausgesprochen, dass es sich um ein beginnendes Karzinom handelte. Operation ergab jedoch Vorhandensein eines grossen Steines im Ductus Whartonianus.

Irwin Moore: Maligne Kehlkopferkrankung.

58 jährige Frau mit Atembeschwerden seit 4 Monaten. Tracheotomie.

Erhebliche Stenose des Larynx infolge Infiltration und Fixation der rechten Seite. Keine Anzeichen von Tuberkulose oder Syphilis.

G. C. Cathcart: Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Oesophagus.

Der Fremdkörper war ein grosses Stück Fleisch mit Knochen, das mittels Irwin Moore'scher Zange entfernt wurde.

(Nach dem offiziellen Sitzungsbericht.)



Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXV. Berlin, Oktober. 1919. No. 10.

I. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege, Medikamente.

1) **Erwin Christeller. Entspricht dem sogenannten Thymustode ein einheitliches Krankheitsbild?** *Virchow's Archiv. Bd. 226. H. 3. 1919.*

Nach einer kritischen Uebersicht über die recht umfangreiche Literatur des „Thymustod“ teilt Verf. den Sektionsbefund eines 6 Wochen ante terminum zur Welt gekommenen Neugeborenen mit. Das Kind war nach wenigen Minuten gestorben, ohne einen Atemzug getan zu haben. Aus der Sektionsdiagnose sei hervorgehoben: Kongenitale Hyperplasie der Thymus. Kompression der Trachea und der grossen Halsgefässe. Atelektasie der Lungen. Es waren alle gefundenen Veränderungen als rein mechanische Druckwirkungen der vergrösserten Thymus zu erklären; ein Status lymphaticus liess sich völlig ausschliessen. Verf. sieht das wesentlichste Interesse an dem berichteten Fall darin, dass er zeigt, wie hohe Grade von Veränderungen unter geeigneten Bedingungen durch den Druck der hyperplastischen Thymus erreicht werden können. Er hält es für ausgemacht, dass es ausser dem durch Autointoxikation bedingten Thymustod auch einen „mechanischen“ Thymustod gibt. Dieser ist aber kein einheitlicher. Vielmehr kann durch den hyperplastischen Thymus einmal durch Trachealkompression ein Erstickungstod, ein anderes Mal durch Kompression der grossen Gefässstämme ein Herztod hervorgerufen werden.

FINDER.

2) **Busse** (Zürich). **Zur pathologischen Anatomie der Grippe.** Gesellschaft der Aerzte in Zürich. *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 30. 1919.*

In dieser Sitzung wurden vier Kranke mit starker Heiserkeit vorgestellt, darunter ein 12jähriger Knabe mit pseudokruppösen Anfällen und dauernder Behinderung des Atmens. Auf den Stimmbändern befanden sich grauweisse, ziemlich dicke Auflagerungen ohne Diphtheriebazillen.

Ferner wurden mehrere Fälle von blutiger Tracheitis demonstriert, welche an starkem Reizhusten und Hämoptyse mit hellrotem, schaumigem Blute litten, aber keinerlei krankhafte Veränderungen an den Lungen erkennen liessen.

JONQUIÈRE.

3) **Albanus. Aktive progrediente Tuberkulose der Schleimhaut der oberen Luftwege bei Kindern und Jugendlichen.** Aerztlicher Verein zu Hamburg, Sitzung vom 4. März 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 18. S. 502. 1919.*

Nach Verf. zeigt die Tuberkulose der Schleimhaut auf den oberen Luftwegen bei Kindern, und Jugendlichen jetzt nach dem Kriege, begünstigt durch die langandauernde Unterernährung, aktiven progredienten Charakter. R. HOFFMANN.

4) **O. Steurer** (Tübingen). **Ueber Blutungen aus dem Ohr und den oberen Luftwegen infolge vasomotorischer Störungen.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 103. H. 4. S. 172.*

Verf. bespricht die Literatur und bringt drei eigene Fälle, einen mit Spontanblutungen aus den Gehörgängen, den zweiten mit vikariierenden Blutungen aus der Nase, den dritten mit solchen aus dem Hals. Er führt alle derartigen Blutungen auf eine vasomotorische Neuritis zurück, wobei sowohl psychische Einflüsse als auch die während der Menstruation vorkommenden gefässerweiternden Faktoren von Bedeutung sind. Therapeutisch wirkt Atropin günstig. KOTZ.

5) **Stanton A. Friedberg. Fremdkörper in den Luftwegen. (Foreign bodies in the respiratory tract.)** *Illinois Medical Journal. September 1915.*

Dieser Aufsatz ist auf die bedeutende Erfahrung des Autors begründet. Er weist auf diejenigen Fälle hin, wo das einzige Symptom eines nicht vermuteten Fremdkörpers in den Bronchien eine lokalisierte Bronchitis, eine chronische Pneumonie, Bronchiektasie oder ein Lungenabszess ist. Er betont die Leichtigkeit, mit welcher Fremdkörper wegen ihres verletzenden Durchgangs durch die Glottis oder wegen ihrer Auf- und Abbewegung in der Trachea subglottisches Oedem erzeugen können.

(Um so mehr befremdet es, dass Verf. in einem späteren Teil seines Aufsatzes sagt, dass auch bei kleinen Kindern die obere Bronchoskopie die zu wählende Operation sei und dass die einzige Gefahr dabei in dem Drängen eines zu grossen Rohrs durch den Kehlkopf liege, da auf diese Weise subglottisches Oedem erzeugt werden könne. Hier ist also die Möglichkeit eines nicht durch die Instrumentation zu Stande gebrachten subglottischen Oedems ausser Acht gelassen und es wird behauptet, dass nur die gewaltsame Einführung eines zu grossen Rohrs dies erzeugen könne. Dass subglottisches Oedem auch bei schonendster Einführung eines geeigneten Rohrs vorkommen kann, beweist ein dem Ref. in der Versammlung der American Med. Association 1913 berichteter Fall, wo trotz tadelloser oberer Bronchoskopie ein Kind an nachfolgendem subglottischem Oedem erstickte, ehe eine Tracheotomie gemacht werden konnte. In zwei Fällen des Ref., wo nach vorhergehender Tracheotomie Fremdkörper ohne Nebenverletzung durch obere Tracheoskopie entfernt wurden, verschloss nachfolgendes subglottisches Oedem den Kehlkopf vollständig für 24 Stunden, und so schnell, dass ohne die präliminäre Tracheotomie die Kinder erstickt wären. Jüngere Kinder sollten nicht durch eine obere Bronchoskopie den Gefahren einer plötzlich nachfolgenden schweren Atemnot und einer hastig gemachten und oft zu spät kommenden Tracheotomie ausgesetzt werden. Ref.)

Es wird über einen Fall berichtet, in welchem der Samen einer Wassermelone im Röntgenbild deutlich zu sehen war. Im Gegensatz dazu machte ein Stück eines Aluminiumrohrs keinen Schatten.

Verf. rät, nach Entfernung eines Fremdkörpers, welcher zu nachträglicher Striktur und Bronchiektasie geführt hat, die Prognose nicht zu günstig betreffs vollständiger Heilung zu stellen.

Anästhesie, allgemeine sowie lokale, soll vermieden werden, besonders bei Kindern, weil sie den Patienten nutzlos in Gefahr bringen soll.

(In dieser augenscheinlich zu weit gehenden Ansicht folgt Verf. Chevalier Jackson. Warum man ein Rohr mit grösster Gefahr von Kehlkopfverletzung durch einen von reflektorischem Glottiskrampf fest geschlossenen Kehlkopf gewaltsam zwängen soll, wenn sich dasselbe bei Kokain- oder Alypinanästhesie ohne Zwang und Nebenverletzung einführen lässt, ist nicht zu verstehen, noch worin die „Gefahr“ bei vernünftiger Lokalanästhesie bestehen soll. Ueberdies ist die Einführung des Rohrs ohne lokale Anästhesie über die Massen qualvoll. Ref.)

Verf. schliesst mit einem Hinweis auf die von ihm und E. F. Ingals ausgebildete fluoroskopische Bronchoskopie.

OTTO FREER.

6) **R. Koch** (Frankfurt a. M.). **Eine neue Methode der Atemgymnastik.** *Münchener med. Wochenschr. No. 28. 1919.*

Verf. hat die von dem Gesangslehrer und Atemgymnast Leser-Lasario ausgebildete und auch in einer Broschüre niedergelegte Methode nachgeprüft und glaubt ihre Anwendung empfehlen zu dürfen. „Die Grundlage der Methode besteht darin, dass es möglich ist, die natürliche Atmung dadurch in bestimmter Weise abzuändern, dass man sich sowohl bei der Einatmung als auch bei der Ausatmung einen bestimmten Vokal vorstellt.“ Die Eigenversuche des Autors, seine kritische Beurteilung der Methode, sowie seine therapeutischen Schlussfolgerungen auch für bestimmte Erkrankungen des Organismus eignen sich nicht zu kurzem Referat und müssen im Original nachgelesen werden.

HECHT.

7) **Willy Pfeiffer** (Frankfurt a. M.). **Ortizon-Kieselsäurepräparate bei Hals-, Nasen- und Ohrenleiden.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 2. S. 37. 1918.*

Um das Ortizon (ein 30 proz. säurefreies Wasserstoffsuperoxydpräparat) für die Therapie in den oberen Luftwegen und im Ohr nutzbar zu machen, musste es sich durch den Pulverbläser fein zerstäuben lassen. Bei Versuchen, die Verf. in dieser Beziehung anstellte bzw. anstellen liess, zeigte sich, dass eine Verbindung von 90 Teilen Ortizon mit 10 Teilen Kieselsäure Salusil „C“ (im Mörser fein pulverisiert) ein gut zerstäubbares Pulver darstellt. Seine Anwendung ist überall da am Platze, wo eine schonende mechanische Reinigung und eine wirksame Desinfektion erwünscht ist, also bei eitriger oder schleimig-eitriger Sekretion, bei Krusten und Borkenbildung in den oberen Luftwegen und im Ohr, auch zur Blutstillung bei Operationen wird es mit Vorteil verwendet.

Salusil lässt sich auch mit Anästhesin oder Zykloform, mit Protargol, mit Kaliumpermanganat verbinden, so dass für dieses Präparat ein weites Indikationsfeld im Gebiete der Ohren-, Nasen-, Kehlkopferkrankungen vorhanden ist.

R. HOFFMANN.

8) **Prof. Dr. Gräfin von Linden. Ueber die bisherigen Tatsachen und die therapeutischen Aussichten der Kupfertherapie.** *Ergebnisse der Inneren Med. u. Kinderheilk. Bd. 17. S. 142.*

In dieser sehr lesenswerten Arbeit, in der die Aussichten der allgemeinen und örtlichen Kupferbehandlung bei den verschiedenen Formen von Lupus und Tuberkulose erörtert werden, wird auch erwähnt, dass bei Nasenschleimhauttuberkulose die Tamponade der Nase mit Kupferlezithinsalbe (Lekutylsalbe Bayer) zu guten Resultaten führt, wenn sie bis zur Abheilung durchgeführt wird.

FINDER.

9) **Marcus Maier** (Stuttgart). **Behandlung von Staphylokokkenerkrankungen mit übermangansaurem Kali.** Aus dem Ambulatorium für Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh. von Dr. Cäsar Hirsch, Stuttgart und der bakteriolog. Abt. d. Katharinenhospitals Stuttgart (Vorstand: Hofrat Koch). *Münchener med. Wochenschrift. No. 39. 1919.*

Verf. berichtet über seine Versuche der Furunkelbehandlung mit übermangansaurem Kali, das sich in einer 10 proz. Aufschwemmung am wirkungsvollsten zeigte. In dieser Arbeit empfiehlt Verf. zur Behandlung der Ekzeme des Naseneinganges, Rhagaden und der Sykosis die von der Chemischen Industrie Stuttgart hergestellte „Ekna-Nasensalbe“, die aus einer Verreibung von Hg-Präzipitat, Zinkoxyd und einer besonders präparierten echten Glyzerinmasse besteht mit geringen Spuren von Ol. Eukalypti, Suprarenin und Alypin.

HECHT.

10) **James T. Gwathmey. Nicht verstandene Tatsachen in bezug auf die Oel-Aether-Kolonnarkose. (Some facts not generally understood about oil-ether colenic anaesthesia.)** *The Laryngoscope. Oktober 1915.*

93,30 g Aether werden mit 62,20 g Olivenöl, Lebertran oder einem anderen indifferenten Oel vermischt und in den Dickdarm mit einem Darmrohr eingespritzt. Die Mischung kann jederzeit durch das Rohr mittels Massage des Querkolon wieder herausbefördert werden, so dass die Narkose nach Wunsch unterbrochen oder weniger tief gemacht werden kann. Die allgemeine Körpertemperatur wird nicht durch den Aether beeinflusst, der Dickdarm wird aber abgekühlt. Vergiftungserscheinungen treten nicht auf, die Atmung bleibt ruhig, der Puls gut.

Nach Entfernung der Mischung oder Verbrauch des Aethers geht die Narkose in einen tiefen Schlaf über, aus dem der Patient wie aus einem natürlichen erwacht.

Die Oel-Aether-Narkose ist die beste für die gesamte Chirurgie der oberen Luftwege.

OTTO FREER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

11) **Ciro Caldera** und **Paolo Desders. Ueber die Modifikationen der Bakterienflora in der Nase in bezug zur Umgebung. (Sulle modificazioni della flora batterica nasale in rapporto all' ambiente.)** *Arch. Ital. di otologia. Vol. XX. Fasc. 3. 1919.*

Die Ergebnisse der Untersuchungen, die in Tabellenform mitgeteilt werden, sind:
1. Die Nase stellt ein Organ zur Reinigung der Atmungsluft dar; die Zahl

der Mikroorganismen nimmt von dem vorderen Teile der Nase nach dem hinteren zu ab; sie hat ihr Maximum im Vestibulum.

2. Das hygometrische Verhalten der Atmosphäre ist von Einfluss auf die Bakterienflora der Nase, indem man nach einer längeren Trockenheitsperiode eine grössere Zahl von Keimen findet.

3. Die Bakterienflora nimmt bei denselben Individuen gradatim ab, je höher sie sich über das Meeresniveau erheben; bei 3000 m ist eine fast absolute Sterilität erreicht. Diese Wirkung ist ausser der staubfreien Luft zuzuschreiben der stärkeren Wirkung der chemischen Strahlen des Sonnenlichtes in diesen Höhen, der Temperatur, dem hygrometrischen Verhalten usw. Die Schwankungen der Bakterienflora in bezug auf die Höhe sind weniger deutlich im Winter als im Sommer.

4. In Höhe des Meeres erleidet die Bakterienflora eine Abnahme, je nachdem man sie prüft in bewohnten Orten, an der Meeresküste oder auf hoher See.

5. Künstlich feucht-warm gemachte Umgebung (50—60° C) bewirkt Veränderung der Bakterienflora.

6. Reizende mechanische Ursachen (Kristallstaub eines Trockeninhalationsraums) und die künstlichen Ursachen einer leichten Abkühlung bewirken eine lokale Modifikation der endonasalen Bedingungen, die sich ausdrückt in einer Vermehrung der Flora ohne Rücksicht auf den Bakteriengehalt und die physikalischen Bedingungen der Aussenluft. Daraus würde hervorgehen, dass die Vermehrung der Bakterienflora der Nase in staubreicherer Umgebung zurückzuführen ist sowohl auf den grösseren Prozentgehalt der in dem Staub suspendierten Keime, als auf den besonderen Reizzustand, den der mineralische Bestandteil des Staubes in der Schleimhaut hervorruft.

FINDER.

12) **Ciro Caldera** und **Carlo Santi. Ueber die Veränderungen der Bakterienflora in der Nase unter Wirkung der Tamponade. (Sulle modificazioni della flora batterica nasale per l'azione del tamponamento.)** *Arch. Ital. di otologia. Vol. XXX. Fasc. 3. 1919.*

Die Ergebnisse der an Hunden vorgenommenen Versuche sind folgende:

1. Durch die Tamponade erleidet die Bakterienflora der Nase quantitativ und qualitativ eine Veränderung dadurch, dass in der Nasenhöhle für die Mikroorganismen, speziell die Anaeroben, besonders günstige Lebensbedingungen geschaffen werden.

2. Das Nasensekret nach der Tamponade ist imstande, wenn es Versuchstieren (Kaninchen) eingeimpft wird, lokale entzündliche Reaktionen hervorzurufen, wie sie das Sekret des normalen Hundes nicht hervorruft.

3. Die Jodoformgaze bewirkt nach 48 stündigem Belassen in der Nase eine erhebliche Verminderung in der Zahl der aeroben Keime und verhindert die Entwicklung der Anaeroben.

4. Auf Grund vorstehender Beobachtungen soll in der Praxis die Tamponade ausschliesslich mit medikamentösen Gazen und zwar möglichst mit Jodoformgaze ausgeführt werden, da man auf diese Weise endonasale Komplikationen vermeiden kann, besonders wenn die Tamponade nach einem chirurgischen Eingriff gemacht wird.

FINDER.

13) **Aladár Reichart. Heuschnupfenfragen. Bemerkungen zur Arbeit Kautsky's in Nr. 25 dieser Wochenschrift.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 37. 1919.*

Verf. bezweifelt, dass den Schwankungen der Nervenerregbarkeit die Bedeutung zukommt, die ihnen Kautsky (Ref. Zentralblatt, dieser Jahrgang, S. 154) beimisst. Der zum Heufieber Disponierte bekäme seine Anfälle auch in der Jahresperiode der abnehmenden Nervenerregbarkeit, wenn zu dieser Zeit Pollen herumflögen; denn seine Reaktionsfähigkeit für künstlich eingeführtes Polleneiweiss besteht das ganze Jahr hindurch. Der in Amerika herrschende Herbstkatarrh fällt gerade in die Periode der abnehmenden Nervenerregbarkeit. Auch dafür, dass die Ernährung für das Zustandekommen des Heufiebers keine Rolle spiele, führt Verf. mehrere Gründe an. Verf. ist selbst Heufieberpatient und benutzt gegen die Reizerscheinungen in der kritischen Zeit mit gutem Erfolg Pollantin; wogegen dieses nicht schützt, ist eine sehr lästige Rhino-Pharyngitis.

HANSZEL.

14) **T. H. C. Benians** und **Charles H. Hayton. Eine Methode der Behandlung atrophischer Rhinitis und Ozaena, beruhend auf einer Veränderung in Zusammensetzung und Reaktion des Substrats, auf welches die Bakterienfermente wirken. (A method of treating atrophic rhinitis with ozaena, based on an alteration in composition and reaction of the substrata on which the bacterial ferments are acting.)** *The Journal of laryng., rhinol. and otology. September 1919.*

Verff. gehen von der Voraussetzung aus, dass die Krankheit zurückzuführen ist auf Bakterienfermente und dass das Substrat durch direkte Applikation von aussen her verändert werden kann. Das Ergebnis ihrer Auseinandersetzungen ist kurz folgendes: Sie sehen als die hauptsächlichste Ursache des Fötors bei Ozaena den Perezbazillus an. Dieser Bazillus hat so gut wie keine fermentative Wirkung auf Kohlehydratkörper, er ist ausgesprochen proteolytisch; die Endprodukte der Proteinverdauung, wie Indol und andere fötide Substanzen, erscheinen bald im Kulturmedium. Dagegen hat der Staphylococcus albus, der fast als ein normaler Bewohner der Nasenschleimhaut anzusehen ist, fermentative Wirkung auf die meisten Kohlehydratstoffe und gewöhnlich auf Glyzerin. Eine wesentliche Bedingung für das Zustandekommen der fauligen Endprodukte der Proteinverdauung ist eine gewisse Alkalinität des Nährbodens. Durch Einführung von Kohlehydratstoffen — Glyzerin und Glukose — wird das Wachstum der harmlosen glykophilen Bakterien — des Staphylococcus albus — angeregt, und durch Fermentation werden aus diesen Stoffen durch die glykophilen Bakterien Säuren gebildet, in welchen der Perezbazillus zugrunde gehen muss.

Die auf diesen Erwägungen aufgebaute Therapie besteht darin, dass eine Mischung von Glyzerin und 25 pCt. Glukose täglich mehrmals — wenigstens im Anfang 4—5 mal — gründlich in allen Teilen des Naseninnern mit dem Wattepinsel eingerieben wird. In Fällen mit sehr starker Borkenbildung in Nase und Nasenrachenraum müssen die Borken zuerst mittels eines schwachen Sprays verflüssigt werden. Im übrigen widerraten Verff. der Behandlung der Ozaena mit fortwährenden Irrigationen. Es folgt eine summarische Uebersicht über 10 so behandelte Fälle, die sich auf eine Zeitdauer von 2 Jahren erstrecken. In allen

Fällen ist der Fötor und Kopfschmerz verschwunden, die Borken sind durch schleimiges Sekret ersetzt, die Schleimhaut erscheint gesund. FINDER.

15) **C. Johnson. Der plastische Ersatz der Nase und des Auges.** *Bruns' Beiträge zur klin. Chir. Bd. 116. H. 2.*

Verf. schildert an der Hand einiger durch Abbildungen erläuterter Fälle eine Plastik mittels Hautlappen und eingelegter Knorpelspange. Details müssen im Original nachgelesen werden. FINDER.

16) **Nager** (Zürich). **Ueber endonasale Tränensackoperation.** Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Zürich vom 30. November 1918. *Korresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 25. 1919.*

Es gibt folgende Methoden der Freilegung des Tränensackapparates: a) von aussen nach Toti, b) von innen durch die Nase nach West und Polyak. Bei beiden wird eine Verbindung zwischen Tränensack und Nase angestrebt. Bei letzterer Methode wird die Schleimhaut über dem Torus lacrymalis vorübergehend abgehoben, der Knochen reseziert, schliesslich ein Stück der Tränensackwand entfernt und die abgelöste Nasenschleimhaut reponiert. Ausspülung und genaue Kontrollierung der Wunde ist notwendig. Diese Methoden werden von den Augenärzten als wesentlicher Fortschritt gegenüber den bisherigen blossen Sondierungen bezeichnet.

Verf., nicht ganz befriedigt von den genannten Operationen, führt jetzt gewöhnlich die transseptale Methode aus, welche Affolter im Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1919, Nr. 4 beschrieben hat (siehe auch Referat in diesem Zentralblatt). Sie besteht darin, dass Verf. von der gesunden Nasenseite ausgeht, das knorplige Septum submukös reseziert, wodurch er das Operationsfeld viel besser übersehen kann.

In der folgenden Diskussion dankt der Augenkliniker Haab dem Verf. für diese eminente Vervollkommnung der Tränensackoperation, der er viele geheilte Fälle der Augenklinik verdanke.

König hebt demgegenüber die Operation nach Toti ganz besonders hervor, die ihm sehr gute Resultate liefere und die er eingehend nach verschiedenen Seiten hin beschreibt. JONQUIÈRE.

17) **Philipp Betz. Die Kriegsverletzungen der Nase (mit Ausschluss der Nasennebenhöhlen).** *Inaug.-Dissert. Würzburg 1919.*

Bericht über 46 an der Würzburger Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenleiden (Prof. Seifert) beobachtete Fälle nebst Uebersicht über 134 weitere in der Literatur verzeichnete Fälle. FINDER.

18) **John F. O'Malley. Schusswunden der Nasennebenhöhlen. (Gunshot wounds of the nasal accessory sinuses.)** *Journal of laryng., rhinol. and otology. September 1919.*

Die Erfahrungen des Verf.'s beziehen sich auf 14 Fälle von Verletzung des Siebbeins, 4 der Stirnhöhle und 50 der Kieferhöhle; von letzteren 28, in denen

das Geschoss durch die Höhle hindurchging, 11, in denen das Geschoss in der Höhle retiniert wurde, und 11 von Verletzung der Höhle ohne Durchschuss derselben. Verf. sucht auf Grund der an diesem Material erlangten Erfahrungen folgende Fragen zu beantworten:

1. Der Wert der Röntgenstrahlen und der Durchleuchtung für die Diagnostik des äusseren Zustandes einer Höhle. Erstere sind wertvoll für die Diagnose eines Fremdkörpers oder einer Knochenverletzung; eine Verschleierung der Höhle kann mannigfache Ursachen haben: subperiosteale, submuköse oder intrasinusale Blutungen, frühere Schleimhautverdickungen, Anwesenheit von Fötor oder Polypen. Ueber die Art des flüssigen Höhleninhalts gibt nur die Punktion Aufschluss, für Polypen gibt es keine zuverlässigen Erkennungsmittel. Bei traumatischen Fällen ist die Undurchgängigkeit am grössten in einer durch die vordere Wand verletzten Höhle.

Bei der Durchleuchtung fand Verf. in drei Fällen die Infraorbitalregion dunkel, die Pupille leuchtend. Er erklärt dies durch Verletzung der Vorderwand und will dies Zeichen als für solche Fälle charakteristisch zur Diagnose verwerten.

2. Häufigkeit der Sepsis. Unter „Sepsis" versteht Verf. Eiterung. In 11 Fällen blieb das Antrum trotz schwerer äusserer Verletzung von solcher frei; dasselbe traf in 12 Fällen zu, bei denen das Geschoss durch die Höhle hindurchgegangen war und Kommunikation mit der Mundhöhle oder der Aussenluft bestand. Von 11 Fällen mit Fremdkörpern in der Höhle zeigten nur 5 Eiterung. Eine vorher gesunde Höhle mit guter Drainage in eine luftdurchgängige Nase heilt schnell auch von einem septischen Trauma ohne jede chirurgische Behandlung.

3. Die Frage der intranasalen Drainage. Eine verwundete Höhle mit starker Eiterung der Wunde und der Höhle soll ausgiebig in die Nase drainiert und die äussere Wunde geschlossen werden. Ist die äussere Wunde geheilt oder rein und der Heilungsprozess befriedigend und zeigt die Höhle bei der Punktion wenig oder keine Eiterung, so ist, vorausgesetzt, dass der Abfluss nach der Nase nicht verlegt ist und keine Infektionsquelle, wie z. B. eine offene Wunde nach der Mundhöhle vorhanden ist, keine chirurgische Behandlung anzuraten.

4. Entfernung von Fremdkörpern. Dieselbe ist notwendig, wenn der Fremdkörper frei in der Höhle liegt. Ist das Geschossfragment klein und in die Höhlenwand eingebettet, aber von deren Schleimhaut bedeckt, so ist die Entfernung unnötig.

Die Resultate einer chirurgischen Behandlung bei traumatischer Eiterung sind auffallend besser als bei der gewöhnlichen chronischen entzündlichen Eiterung.

FINDER.

19) **J. Gordon Wilson. Die Aetiologie der Pansinuitis. (The etiology of pansinusitis.)** *The Laryngoscope. Dezember 1915.*

Eine systematische Abhandlung über die Aetiologie der Nebenhöhlenentzündungen ist dieser Aufsatz nicht, sondern er enthält meist theoretische Erwägungen über das Zustandekommen der Infektionen der Nebenhöhlen.

Die übliche Einteilung der Nebenhöhlen in eine vordere Gruppe und eine hintere Gruppe erwähnend, sagt Verf., dass eine Pansinuitis eine oder beide

dieser Gruppen ergreifen kann. (Eine Pansinuitis ist doch dem Ursprung des Wortes nach ein Ergriffensein aller Nebenhöhlen und die Erkrankung nur einer Gruppe heisst doch mehrfache [multiple] Sinuitis. Ref.)

Die Wichtigkeit der Funktion des Flimmerepithels als Sekret- und Bakterienentferner wird betont und Verf. sagt in dieser Beziehung sehr richtig, dass er sich keine gesunde Kieferhöhle nach ausgedehnter Kurettage denken könne.

Experimentell wurde eine, nicht für Bakterien, wohl aber für deren Toxine durchgängige Kapsel mit Streptokokken, Staphylokokken usw. gefüllt und in die eröffnete Stirnhöhle von Hunden gelegt. Es folgte in allen Fällen eine starke Reaktion mit serösem, mukösem oder mukopurulentem Exsudat. Die andere zur Kontrolle eröffnete Stirnhöhle blieb reizlos.

Die so wichtige Ursache chronischer Kieferhöhlenentzündung, der Wurzelabszess der oberen Mahlzähne, wird vom Verf. nicht erwähnt. OTTO FREER.

20) **Lewis A. Coffin. Die nichtchirurgische Behandlung der Nebenhöhlen. (Non operative treatment of the accessory sinuses.)** *The Laryngoscope. Dez. 1915.*

Verf.'s Behandlung der Nebenhöhleneiterungen besteht in dem Aussaugen von Sekret mittels eines mit Motorbetrieb versehenen Saugapparates, welcher die Eigenschaft besitzt, abwechselnd positiven und negativen Luftdruck zu liefern, indem der positive Druck Luft, mit Joddämpfen geschwängert, in die Nebenhöhlen treibt. Verf. behauptet, dass durch Abwechslung des Saugens mit Kompression der Luft die Nebenhöhlen besser von Sekret entleert werden als vom Saugen allein. (Es werden wohl auf diese Weise verlegende Sekretpfröpfe von den Ostien zurückgetrieben, während sie durch ununterbrochenes Saugen in denselben festgehalten werden. Ref.) In einigen Fällen, wo Gaumenverschluss schwer zu erzielen ist, lässt Verf. die Choane durch Aufblähung eines kleinen Gummiballons verschliessen.

OTTO FREER.

21) **Friedrich Weichselbaumer. Ueber einen Fall von Adamantinom des Oberkiefers.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 35. 1919.*

Es handelte sich um einen Fall, der bereits im 10. Lebensjahr an einem in der Gegend der Molarzähne langsam entstandenen Tumor operiert worden war, der damals als Fibrom angesprochen wurde. Nach 7 Jahren bemerkte Pat. wieder das Entstehen eines derben Tumors an demselben Oberkiefer, der die Gegend unterhalb des Margo infraorbitalis vorwölbte; er wurde in Aethernarkose entfernt und auf Grund des mikroskopischen Befundes als Adamantinom angesprochen.

HANSZEL.

22) **C. Kirchner** (Würzburg). **Ueber Fremdkörper in der Kieferhöhle.** *Münchener med. Wochenschr. No. 34. 1919.*

Mitteilung eines einschlägigen Falles: Der durch einen Alveolarbohrkanal in die Kieferhöhle gelangte Fremdkörper (5,5 cm langes Gummidrainröhrchen) wurde unter Lokalanästhesie durch breite Eröffnung der Kieferhöhle nach Caldwell-Luc entfernt. Anschliessend epikritische und kritische Erörterungen unter Bezugnahme auf die einschlägige Literatur. HECHT.

23) **Mayrhofer. Ueber die genauere pathologische Anatomie des Gerber'schen Wulstes und über die Operation grosser Kieferzysten, welche das Antrum vordrängen.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 33. 1919.*

Auf Grund mehrerer von ihm operierter Fälle, von denen zwei hier in extenso wiedergegeben werden, kommt Verf. zu dem Ergebnis, dass die von Gerber als charakteristisch für Kieferzysten beschriebene Vorwölbung des Nasenbodens im vordersten Teil, nicht, wie dies Gerber annimmt, ausschliesslich durch Empordrängung des Nasenbodens von unten nach oben zustande kommt, sondern viel häufiger entsteht durch mediale Verdrängung der lateralen Nasenwand des unteren Nasengangs. Diese letztere — nach der Analyse der Gerber'schen und der sonst in der Literatur mitgeteilten Fälle viel häufigere — Form bezeichnet Verf. als seitlichen Gerberwulst im Gegensatz zu dem selteneren durch Empordrängen des Nasenbodens entstandenen unteren Gerberwulst.

Ferner sieht sich Verf. veranlasst, die landläufige Meinung zu korrigieren, als ob der Gerber'sche Wulst eine spezielle Begleiterscheinung der von den Schneidezähnen ausgehenden Zysten sei. Er weist — ausgehend von anatomischen Betrachtungen — nach, dass dieser ursächliche Zusammenhang zwischen Gerberwulst und Schneidezähnen durchaus nicht so eng ist, wie allgemein angenommen wird, ja dass nicht einmal die unteren Wülste ausschliesslich durch Schneidezahnzysten zustande kommen. Im Gegenteil ist das Symptom bei den von anderen Zähnen ausgehenden Zysten sogar häufiger als bei den Zysten der Schneidezähne.

Die beiden Arten des Gerberwulstes verhalten sich verschieden gegenüber der unteren Muschel: durch einen besonders grossen seitlichen Wulst wird die untere Muschel von der seitlichen Nasenwand abgehoben, während ein besonders grosser unterer Wulst die Muschel an die seitliche Wand andrängt. In letzterem Fall kann es durch Verschluss des Ostium nasale des Tränennasenganges zum Tränenträufeln kommen.

Was die Operation betrifft, so hat Gerber bekanntlich intranasal operiert, indem er einfach den Wulst ausschnitt und so die Zystenhöhle mit der Nase vereinigte. Verf. hat nach demselben Prinzip operiert, aber nicht intranasal, sondern die Zyste von vorn freigelegt und hat vom Zystenhohlraum aus den Gerber'schen Wulst abgetragen, d. h. eine breite Kommunikation mit der Nase geschaffen. Auch die vordere Zystenwand sucht er nach Möglichkeit zu erhalten. In komplizierten Fällen, wenn es sich nicht um einen einfachen Zystenhohlraum, sondern um Ausbuchtungen handelt, operiert er ungefähr nach dem Prinzip der Denker'schen Radikaloperation des Antrumempyems.

HANSZEL.

24) **Jüngling** (Tübingen). **Nasenrachenfibrom.** *Württemb. Korresp.-Bl. No. 33. 1919.*

14jähriger Junge, seit dreiviertel Jahren Atembeschwerden und Blutungen aus Nase und Rachen. Grosses Nasen-Rachen-Fibrom. Nach 2maliger Röntgenbestrahlung Verkleinerung des Tumors bis auf ein Drittel der ursprünglichen Grösse, die Blutungen hörten schon nach der ersten Sitzung auf.

SEIFERT.

25) **Henry B. Orton. Spindelzellensarkom des Nasenrachenraums. (Spindlecell sarcoma of the nasopharynx.)** *The Laryngoscope. Oktober 1915.*

Ein Spindelzellensarkom vom Rachendach entspringend und die linke Choane verlegend erzeugte starke Schmerzen im linken Ohr, im linken Warzenfortsatz und in der Hinterhauptsgegend nebst Vergrösserung der Halsdrüsen rechterseits. Ein Rezidiv nach operativer Entfernung der Geschwulst verschwand unter Behandlung mit dem Streptokokkenserum Coley's. OTTO FREER.

c) Mundrachenhöhle.

26) **Siegfried Werner. Stomatitis bei Infektionskrankheiten.** *Inaug.-Dissert. Würzburg 1919.*

Nach Schilderung der verschiedenen Formen der Stomatitis (catarrhalis, aphthosa, ulcerosa, gangraenosa, phlegmonosa, herpetica, Soor) und der bei ihnen zu befolgenden Therapie wird das Verhalten der Mundschleimhaut bei den einzelnen Infektionskrankheiten geschildert, zunächst bei den akuten infektiösen Exanthemen, dann bei Varizellen, Pocken, Erythema exsudativum, Fleckfieber, Influenza, Angina, Erysipel usw. FINDER.

27) **Friedr. Schulze** (Bonn). **Röntgenbestrahlung bei Moeller'scher Glossitis und chronischer Gingivitis.** *Münchener med. Wochenschr. No. 31. 1919.*

Verf. berichtet über je einen einschlägigen Fall, die jeglicher Behandlung trotzten und häufig rezidivierten. Mehrmalige Röntgenbestrahlung in einer Dosis von 5mal bei 0,5 Aluminiumfilter in 14tägigen Intervallen führte bei der Glossitis zur Heilung, bei der Gingivitis zu bedeutender Besserung. Autor empfiehlt die gleiche Therapie bei ähnlichen Zahnfleischleiden, besonders bei der hartnäckigen Alveolarpyorrhoe zur versuchsweisen Anwendung. HECHT.

28) **Emil Glas. Das Lymphgewebe des Waldeyer'schen Schlundringes als Ursache von Temperatursteigerung.** *Wiener klin. Wochenschr. No. 34. 1919.*

Nachdem Verf. einige Fälle mitgeteilt hat, die geeignet sind, die günstige Wirkung der Tonsillektomie auf kryptogenetische Sepsis, subfebrile Temperaturen, Gelenkrheumatismus zu zeigen — darunter ein Fall von bereits $1^1/_2$ Jahre bestehendem Gelenkrheumatismus, der durch Enukleation der erkrankten Tonsillen geheilt wurde —, berichtet er über einen Fall, der zeigt, dass man bei kryptogenetischen Temperatursteigerungen das Augenmerk auch auf die übrigen Teile des Waldeyer'schen Schlundringes richten muss, da auch von ihnen der Prozess seinen Ausgang nehmen kann. Die Tonsillektomie erwies sich in diesem Fall als wirkungslos. Verf. entdeckte nun eine chronische Entzündung der Seitenstränge; sie sprangen stark hervor und zeigten in ihren Lakunen gelbe Pfröpfe. Das monatelang bestehende Fieber, das auch durch die Tonsillektomie nicht beeinflusst geblieben war, wurde durch die radikale Abtragung der seitlichen Entzündungswülste beseitigt. Schliesslich wird noch ein Fall erwähnt, bei dem monatelang

bestehende subfebrile Temperaturen durch einen subakut verlaufenden Prozess der lymphoiden Follikel verursacht und durch geeignete Behandlung beseitigt wurden.

HANSZEL.

29) **Jüngling** (Tübingen). **Lupus nasi et linguae.** *Württemb. Korresp.-Blatt. No. 33. 1919.*

Grosser ulzerierter Tumor der Zunge, Lupus der Nase. Fünf Sitzungen mit Röntgenbestrahlung innerhalb eines Jahres, Nasenlupus geheilt, Zungenlupus sehr stark zurückgebildet.

SEIFERT.

30a) **Franz Wachter. Erwiderung auf die „Bemerkung" des Herrn Prof. Dr. B. Fischer in No. 25 dieses Blattes zu meiner Arbeit „Die Tonsillen und ihre Beziehungen zu Allgemeinerkrankungen".**

30b) **B. Fischer. Schlusswort zu vorstehender Erwiderung.** *Zentralbl. f. innere Med. No. 34. 1919.*

Siehe dieses Zentralblatt dieser Jahrgang S. 102 und S. 160. Polemik.

FINDER.

31) **Rhyhiner** (Basel). **Peritendinitis der Achillessehne als Metastase von Angina.** *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 40. 1919.*

Im Januar und Februar 1917 im Grenzmilitärdienst traten innerhalb vierzehn Tagen 17 Fälle typischer Achillessehnenentzündung bei Soldaten auf, welche keinerlei Marschleistungen hinter sich hatten und bei denen das Schuhwerk ganz in Ordnung war. Dagegen hatten im Spital alle diese Fälle gleichzeitig oder etwas vorher lakunäre Tonsillitis. In 7 Fällen trat die Tendinitis beiderseitig auf.

JONQUIÈRE.

32) **Teuscher** (Münster i. W.). **Lokale Behandlung der Angina und Gingivitis Plaut-Vincenti mit Salvarsan.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 13. S. 358. 1919.*

Die Zahnfleischerkrankung war in dem einen Fall von T. nur durch fusiforme Bazillen bedingt und viel hartnäckiger als das Geschwür an der Mandel, auf dem sich Spirillen und fusiforme Stäbchen nachweisen liessen. Nach Ziegler (Lehrbuch der patholog. Anatomie) soll viel seltener auch die Angina Vincenti nur durch fusiforme Bazillen hervorgerufen werden.

R. HOFFMANN.

33) **Taube. Ein handliches Besteck zur konservativen Behandlung der Gaumenmandeln und des lymphatischen Rachenringes nach Dr. Röder-Elberfeld.** *Münchener med. Wochenschr. No. 27. 1919.*

Der im Juli 1918 verstorbene Kollege Röder nahm an, dass neben dem Wege über den Ductus thoracicus die Lymphe und mit ihr die Abfallprodukte des Körpers auch durch die Gaumenmandeln und durch den lymphatischen Rachenring ausgeschieden werden. Aus diesem Grunde war er ein Gegner der radikalen Methoden (insbesondere der Tonsillektomie) und versuchte angeblich „mit bedeutsamstem Erfolge" bei den mannigfachsten Erkrankungen (Gicht, rheumatischen, asthmatischen und neuralgischen Erkrankungen, Basedow, skrophulösen und lymphatischen

Kindererkrankungen) durch konservative Behandlung des lymphatischen Apparates diese Organe möglichst funktionstüchtig zu machen. Aussaugung der Mandeln vermittels Glasröhrchen und Gummiball, anschliessend Ausquetschung der Mandeln, sodann „Auswischung" des Nasenrachenraumes, endlich Sondierung und Massage des unteren und mittleren Nasenganges zeitigten unabhängig von dem Alter des Patienten (Kinder von 4 Monaten und Leute von 70 Jahren) die guten Erfolge, die Verf. bei seinen Versuchen bestätigt fand. Das hierzu nötige Instrumentarium ist — abgesehen von dem Gummiball — in einer handlichen Tasche zusammengestellt und zum Preise von ungefähr 18 Mark durch die Firma Katsch, München, zu beziehen.

HECHT.

34) **William D. Byrne. Instrument zur Mandelausschälung. (Tonsil enucleator.)** *The Laryngoscope. November 1915.*

Das Instrument soll, am vorderen Gaumenbogen beginnend, die Mandel von vorn nach hinten aus der Fossa tonsillaris herausheben. Da es nicht scharf ist, soll es ohne Blutung arbeiten. (Das heisst, stumpf hebelnde und drückende Gewalt soll die Mandel aus ihrer Muskellage herausreissen mit Gefahr der Muskelzerreissung und Verbreitung septischer Keime durch Quetschung der ohnehin durch die kranke Mandel infizierten Gewebe, eine Methode, welche für den Ungeübten sehr anziehend ist, bis Sepsis und Misserfolge ihn eines Besseren belehrt haben. Ref.)

OTTO FREER.

35) **Jüngling** (Tübingen). **Sarkom der linken Tonsille.** *Württemb. Korresp.-Bl. No. 33. 1919.*

50jähriger Mann, seit mehreren Monaten bestehender grosser, höckeriger, nicht ulzerierter Tumor, der nach oben diffus in den Gaumen sich fortsetzt und die Uvula bis zur rechten Tonsille verdrängt. Schlucken sehr erschwert. Durch Röntgenbehandlung wurde die linke Tonsille nach 4 Wochen normal.

SEIFERT.

d) Diphtherie und Croup.

36) **S. Meyer. Experimentelle Studien über den Einfluss antitoxischen und normalen Pferdeserums auf die Infektion des Meerschweinchens mit lebenden Diphtheriebazillen, mit Mischkulturen von Diphtheriebazillen und Streptokokken sowie auf die Vergiftung mit reinem Diphtherietoxin.** Aus d. Laboratorium der Kinderklinik und der Klinik f. Infektionskrankh. der Akademie f. prakt. Med. zu Düsseldorf (Direktor: Geheimrat Schlossmann). *Münchener med. Wochenschr. No. 31. 1919.*

Zusammenfassende Darstellung und kritische Besprechung der in einer Reihe Dissertationen niedergelegten Versuchsreihen, die ergaben, dass das im menschlichen und tierischen Körper erzeugte Diphtherietoxin mit dem im Reagensglas gebildeten identisch ist und daher gleicherweise durch das antitoxische Serum beeinflusst wird. Die von Bingel geäusserte Meinung über die Gleichwertigkeit des normalen und antitoxischen Pferdeserums fand durch das Tierexperiment keine Bestätigung, vielmehr erwies sich die Wirksamkeit des antitoxischen Serums gegen-

über dem oft versagenden Normalserum, welch' letzterem indessen gewisse antitoxische und antiinfektiöse Kräfte nicht abgesprochen werden können. Bezüglich der Mischinfektion mit Streptokokken zeigte sich das antitoxische Serum vollständig gewachsen, während das normale Serum hier versagte. Ferner wurden noch Untersuchungen über Hämoglobingehalt und Leukozytenzahlen vor der Infektion und in steigender Stundenzahl nach der Injektion des antitoxischen und normalen Serums vorgenommen. Zum Schlusse gibt Verf. auf Grund der Versuche und unter Berücksichtigung der allgemeinen Erfahrungen der Anschauung Ausdruck, dass dem normalen Serum heilende Kräfte gegen die diphtheritische Infektion innewohnen, die man dem erkrankten Körper nicht entziehen solle, dass deshalb die Versuche, den antitoxischen Titer des Serums immer höher zu treiben, also die Immunisierungseinheit auf immer kleinere Serumquantitäten einzuengen, nicht der optimale Weg zur Bekämpfung und Heilung der diphtheritischen Erkrankung seien.

HECHT.

37) **Bonhoff** (Marburg). **Zur Behandlung der Diphtherie mit gewöhnlichem Pferdeserum.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 42. S. 1153. 1918.*

Verf. wendet sich gegen die Ergebnisse Bingel's aus dem Braunschweiger herzogl. Krankenhause, nachdem 471 mit antitoxischem Heilserum und 466 mit gewöhnlichem Pferdeserum behandelte Diphtheriefälle keinen Unterschied in dem Resultat beider Behandlungsarten aufwiesen.

Nach Verf. stehen die Zahlen Bingel's mit seiner Auffassung von der Bedeutung der Serumquantität nicht im Einklang.

Der für die ganze Frage so notwendige Beweis völliger Antitoxinfreiheit des gewöhnlichen Pferdeserums ist nicht erbracht worden.

Das Braunschweiger Material zeigt auch die bisher festgestellte bessere Wirkung des Antitoxins bei möglichst frühzeitiger Behandlung, während etwas Aehnliches sich bei dem gewöhnlichen Pferdeserum nicht beobachten lässt.

Eine Steigerung der Antitoxindosen hätte nach den Erfahrungen an anderen Krankenhäusern noch bessere Ergebnisse versprochen, als die von Bingel.

Die Identität der menschlichen Diphtherieerkrankung mit dem Tierversuch ist in den für die vorliegende Frage wichtigen Punkten über jeden Zweifel sichergestellt.

Auch ist in den letzten 24 Jahren an einem riesenhaften Material kranker Menschen entschieden, dass das Antitoxin auch beim Menschen hilft.

Gegenüber den Hunderttausenden von Beobachtungen, die auch die Erfahrung besserer Wirkung stärker konzentrierten Antitoxins ohne Steigerung der Serummengen einschliessen, sind die paar Hundert Braunschweiger Fälle, in denen die Schädigung des Kranken durch die Behandlung mit vielleicht antitoxinfreiem Serum noch nicht zahlenmässig ganz einwandsfrei in Erscheinung tritt, ohne Bedeutung.

R. HOFFMANN.

38) **A. Läwen** und **Ad. Reinhardt. Ueber endemische Wunddiphtherie und gleichzeitige Befunde von Diphtheriebazillen auf der Haut und im Rachen; zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Wundbakterienflora.** Aus d. Res.-Laz., der chirurg. Abt. und dem pathol. Institut des städt. Krankenh. zu St. Georg in Leipzig. *Münchener med. Wochenschr. No. 33. 1919.*

Verff. nahmen bei 224 chirurgisch erkrankten Fällen Untersuchungen auf das

Vorhandensein von Diphtheriebazillen vor und konnten bei 120 Fällen deren Vorhandensein nachweisen. Die meisten Fälle zeigten klinisch gar keine Erscheinungen, die den Verdacht auf Anwesenheit von Diphtheriebazillen hätten aufkommen lassen. Die Arbeit verbreitet sich eingehend über die Untersuchungsmethoden, die Verff. anwandten, um aus der vorhandenen Bakterienflora die Anwesenheit von Diphtheriebazillen sicher zu stellen; diesbezüglich sei auf das Original verwiesen. Obwohl die aus den Wunden und von der Haut gezüchteten Diphtheriebazillen klinisch keine Erscheinungen gezeitigt hatten, so dass man annehmen konnte, dass sie wenig virulent oder avirulent seien, erwiesen sie sich, auf Meerschweinchen übertragen, doch oft stark pathogen. Meist fanden sich die Diphtheriebazillen in den Wunden mit einzelnen oder verschiedenen anderen Bakterien vergesellschaftet, überwucherten diese aber in den Wunden oft vollständig. Ausser von den Wunden benachbarten Hautbezirken konnten auch von weit entfernten Hautstellen des ganzen Körpers Diphtheriebazillen kulturell, bisweilen schon im Ausstrich, nachgewiesen werden. Wenn auch auf Grund der klinischen Wundbefunde der Schluss gezogen werden könnte, dass diese in den Wunden nur die Rolle von Schmarotzern spielten und nur eine geringe klinische Bedeutung hätten, so ist in Wirklichkeit diesen Diphtheriebazillen eine grosse Bedeutung zuzumessen. Diese Bedeutung beruht in der Beziehung der Wunddiphtherie zur Rachendiphtherie. Bei den Wunddiphtheriebazillenträgern trat in 10 Fällen eine klinische Rachendiphtherie auf. 415 weitere Patienten mit Wunddiphtherie beherbergten Diphtheriebazillen auf den Tonsillen, ohne dass diese erkrankt gewesen wären. Ein auf dieser Station tätiger junger Kollege zog sich eine Rachendiphtherie zu, der er in 3 Tagen erlag. „Solche Fälle beweisen noch schlagender als der Tiervirulenzversuch die grosse Bedeutung des Nachweises der Diphtheriebazillen in Wunden.“ Der Nachweis der Diphtheriebazillen auf weit von der infizierten Wunde entfernten Hautstellen erklärt auch deren Weiterverbreitung auf den Rachen des Kranken, ebenso wie die Infektionsgefahr für seine Umgebung.

Therapeutisch kamen eine grosse Zahl von Mitteln zur Anwendung, von denen sich lokal am besten Eukupin bewährte, ebenso erwies sich natürliche Besonnung recht wirkungsvoll, jedenfalls besser wie Höhensonne. Mit Rücksicht auf die auf der Haut vielfach vorhandenen Diphtheriebazillen empfehlen Verff., falls möglich, Voll-Sonnenbäder. „Da die Diphtheriebazillen oft zeitweise verschwinden, darf eine Wunde erst dann als diphtheriebazillenfrei erklärt werden, wenn eine dreimalige, in mehrtägigen Pausen vorgenommene Untersuchung keine Diphtheriebazillen ergibt.“ In jedem Fall von bakteriologisch festgestelltem Diphtheriebazillenbefund in der Wunde soll, auch wenn keine klinisch spezifisch örtliche oder allgemeine Erscheinungen vorliegen, grundsätzlich Diphtherieimmunserum gegeben werden, um durch eine solche Serumimmunisierung der Wirkung resorbierter Toxinmengen vorzubeugen; jedoch schützt eine derartige Serumgabe nicht gegen eine neue bazilläre Infektion mit anderer Lokalisation, wofür Verff. einen ihrer Fälle zur Illustration anführen. Eine vollständige Isolierung der Diphtheriebazillenträger in Wunden lässt sich bei der grossen Zahl der Bazillenträger nur schwer durchführen, doch geben Verff. eine Reihe von Vorschlägen, um die Möglichkeit der Weiterverbreitung nach Kräften auszuschalten.

HECHT.

39) **Paschen. Versuche mit parenteralen Milchinjektionen zur Entkeimung der Keimträger bei Diphtherie.** Aerztl. Verein zu Hamburg, Sitzung vom 4. Dez. 1917. *Deutsche med. Wochenschr. No. 13. S. 367. 1918.*

Hartnäckige Keimträger verlieren gelegentlich nach Ueberstehen einer akuten Angina ihre Diphtheriebazillen. Im Anschluss an die Impfung sah P. nach legitimer Entwicklung der Impfpusteln mit Fieber die Diphtheriebazillen bei Keimträgern verschwinden. 50—60pCt. der Dauerausscheider verlieren die Bazillen spontan nach 3—4 Wochen (Veränderung des Nährbodens). Durch interne Verabreichung von Hefe hat P. bei einer grösseren Anzahl von hartnäckigen Ausscheidern gute Erfolge gehabt. Auch die parenterale Injektion von Milch in die Glutäen hat recht gute Resultate ergeben. Wesentlich ist dabei, dass Fieber eintritt und gleichzeitig eine Leukozytose. Die Entkeimung trat durchweg in den günstigen Fällen 4—6 Tage nach Injektion ein. Nie wurden anderweitige Störungen des Allgemeinbefindens beobachtet, nie Abszesse. Es wurden injiziert Dauerausscheider, Bazillenträger, frische Diphtheriefälle. Bezüglich der einzelnen Resultate sei auf das Originalreferat verwiesen. R. HOFFMANN.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

40) **Otto Hahn. Ueber Heiserkeit nach Röntgenbestrahlung am Halse.** *Zentralblatt f. Chir. 6. September 1919.*

Verf. hat bei den in der letzten Zeit auf der chirurgischen Universitätsklinik in Breslau bei einigen wegen Halssymptomen bestrahlten Fällen nach der Bestrahlung Heiserkeit konstatiert. Untersuchung (Hinsberg) ergab glasiges durchsichtiges Oedem der Aryknorpel und der aryepiglottischen Falten; die Erscheinung hielt sich mehrere Wochen lang, jeder Behandlung trotzend, und verschwand dann spontan. Diese Beobachtungen fielen in eine Zeit, als die Strahlendosis für die Behandlung tuberkulöser Halslymphome versuchsweise an der Klinik erhöht war und zwar wurde alle 4 Wochen mit dem Apexinstrumentarium von Reiniger, Gebbert & Schall und der Müller-Siederöhre durch 3mm dickes Aluminium eine Strahlendosis gegeben, die etwas über dreiviertel der toxischen Hautdosis betrug. Ferner war in den heiser gewordenen Fällen in einer Sitzung doppelseitig bestrahlt worden, so dass angenommen werden musste, dass die Erkrankung durch Summation der von rechts und links einfallenden hart gefilterten Strahlen bedingt wurde. Die Erfahrungen zeigen, dass für die Röntgenbehandlung der Larynxtumoren, besonders des Karzinoms, bei denen ja sehr intensiv bestrahlt werden muss, durch Gefahr eines Glottisödems eine unliebsame Grenze gesetzt ist.

FINDER.

41) **Walter Hesse. Ein auskultatorisches Phänomen bei Kehlkopfdiphtherie.** Aus der med. Univ.-Klinik Halle a. S. (Direktor: Prof. Dr. Volhard). *Münchener med. Wochenschr. No. 33. 1919.*

Die frühzeitige Diagnose einer Kehlkopf-Luftröhrendiphtherie ist, zumal beim Fehlen diphtherischer Erscheinungen in den obersten Luftwegen, oft recht erschwert. Die laryngoskopische Untersuchung ist — abgesehen von der Infektions-

gefahr für den Untersucher — oft nur schwer, manchmal und vielfach bei Kindern überhaupt nicht ausführbar; damit ist auch die Differentialdiagnose Kehlkopfdiphtherie oder Heiserkeit infolge einfacher katarrhalischer Laryngitis sehr erschwert. Autor macht nun darauf aufmerksam, dass man beim gesunden Menschen über dem Larynx und der Trachea ein reines Bronchialatmen im In- und Exspirium hört, das beim Erwachsenen lauter als beim Kinde ist. Bei einer stenosierenden Kehlkopfdiphtherie erscheint das Atemgeräusch über dem Kehlkopf ausserordentlich rauh und verschärft. Der Unterschied zwischen beiden Arten des Atemgeräuschs ist sehr deutlich. Die Ursache der Aenderung des Atemgeräuschs bei Kehlkopfdiphtherie ist in der Rauhigkeit der Membranauskleidung des Kehlkopfes zu suchen. Nach Abstossung der Membranen findet sich wieder das normale bronchiale Atemgeräusch. Die Richtigkeit dieser Annahme bestätigt ein in der Arbeit mitgeteilter instruktiver Fall mit Autopsiebefund. „Als Auskultationsstelle am Kehlkopf eignet sich am besten die breite Seitenplatte des Schildknorpels; bei der in der Mehrzahl der Fälle vorhandenen Ausbreitung des diphtheritischen Prozesses auf die Trachea kann man ebensogut das Stethoskop auf den Ring- und die oberen Trachealknorpel aufsetzen. Zur Auskultation kann man jedes Hörrohr oder Schlauchstethoskop verwenden; letzteres verdient den Vorzug vor dem ersteren, weil die perzipierende Trommel besser und unter Vermeidung eines für den Patienten lästigen Druckes auf den Kehlkopf und die Luftröhre aufgesetzt werden kann.“

HECHT.

42) **W. Uffenorde** (Göttingen). **Die Behandlung der Fälle von Kehlkopf-Luftröhrenverengerung mit erschwerter Entfernung der Kanüle.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. S. 460. 1919.*

Verf. bespricht in dieser Arbeit die Ursachen der Verengerung im Kehlkopf und der oberen Luftröhre, die Richtlinien bei ihrer Behandlung, gibt eine neue Kanüle an, die eine Modifikation der bekannten Brüggemann'schen Kanüle ist, und erörtert die Vorzüge dieser. Bezüglich der Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden.

R. HOFFMANN.

43) **E. Lieck** (Danzig). **Ueber Ursache und Behandlung des erschwerten Dekanülements.** *Arch. f. klin. Chir. Bd. 112. H. 2. 1919.*

Das erschwerte Dekanülement hat seine Ursache nicht in der Diphtherie, sondern in der Tracheotomie und wird im allgemeinen nur nach der oberen, selten der unteren Tracheotomie beobachtet. Verf. verfügt über 18 untere gegenüber 98 oberen Tracheotomien; seine vier Fälle von erschwertem Dekanülement betreffen alle die obere Tracheotomie. Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen in diesen Fällen zu der Anschauung, dass hier reflektorische Vorgänge spastischer Natur eine Rolle spielten. Bei der oberen Tracheotomie ist der Reiz — die Tracheotomiewunde — dem mit sensiblen Nerven reichlich ausgestatteten Kehlkopfinnern näher, daher die Auslösung reflektorischer Spasmen leichter. Den organischen Verengerungen durch Deformationen der Trachea, Granulationen usw.

ist Verf. geneigt, nur eine geringe Rolle zuzusprechen. Auf Grund seiner Erfahrungen schlägt Verf. vor, bei erschwertem Dekanülement nach oberer Tracheotomie ohne erkennbaren Grund zunächst, nach Versagen der üblichen Behandlung mit Fenster- und anderen Entwöhnungskanülen, die untere Tracheotomie zu machen (cfr. eine Arbeit des Verf.'s über dasselbe Thema Ref. Zentralbl. dieser Jahrgang S. 139).

FINDER.

44) **Jüngling** (Tübingen). **Carcinoma laryngis.** *Württemb. Korresp.-Blatt. No. 33. 1919.*

60jähriger Mann, links vom Kehldeckel ulzerierter, die Nachbarschaft weithin infiltrierender Tumor. Nach zwei Sitzungen mit Röntgenstrahlen der Tumor makroskopisch nicht mehr nachweisbar.

SEIFERT.

45) **Otto Glogau. Ein Spatel für die direkte Laryngoskopie. (A direct laryngoscopic spatulum.)** *The Laryngoscope. Dezember 1915.*

Der Kehlkopfspatel Struyken's lieferte die Grundidee für Glogau's Instrument. Das letztere sollte eher ein Spekulum als ein Spatel genannt werden, denn es sperrt einen geraden Weg zum Kehlkopf auf. Im Bilde sieht das Glogau'sche Instrument praktisch und vielversprechend aus.

OTTO FREER.

e II) Stimme und Sprache.

46) **H. Gutzmann. Ueber die Benennung der Kriegsaphonien.** *Vox. H. 5/6. S. 182. 1918.*

Vergl. Verhandlungen der Berliner Laryngologischen Gesellschaft in diesem Zentralblatt, 1918, No. 11 und 12, S. 300 und 301, 319—322 und Berliner klin. Wochenschr., 1918, No. 13, S. 317 (Diskussion).

NADOLECZNY.

47) **F. Seyfferth. Stottern und ähnliche Sprachstörungen im Heeresdienst (mit 5 Abbild. nebst Berichtigung eines Setzfehlers in Heft 5/6).** *Vox. H. 3/4. S. 45. 1919.*

S. veröffentlicht 48 Fälle von aus der Sprachentwicklungszeit oder der späteren Kindheit herrührendem Stottern, das durch den Heeresdienst, den Aufenthalt im Feld, durch Frontdienst, Shock, Verschüttung, Verwundung, verschlimmert wurde, ferner 18 Fälle von im Heeresdienst durch Verschüttung, Shock, langen Felddienst, Malaria und Meningitis erworbenem Stottern und schliesslich fünf Fälle von Verzerrung der Sprachakzente, nämlich: 3 Fälle von Bradyphasie und 2 Fälle von iterativem dem Stottern ähnlichen Sprechen. Die 72 genauen Krankengeschichten stammen aus der Abteilung für Sprach- und Stimmstörungen des Vereinslazaretts Poliklinik in München. Die Arbeit beginnt mit Erörterungen über Aetiologie und Pathogenese des Stotterns, die scharf zu trennen sind und deren Erkenntnis dazu führt, die Bezeichnung des Stotterns als spastische Koordinationsneurose (Kussmaul-Gutzmann) beizubehalten, als deren Begleiterscheinungen Mitbewegungen und Mithandlungen auftreten, erstere im Sinne von Ausdrucksbewegungen, letztere analog den Schutzsprüchen Kraepelin's.

Die ätiologische Hypothese im mechanistischen oder vitalistischen Sinne ist dabei Nebensache.

Die Akzentstörungen mit und ohne iterative Erscheinungen sind als rein hysterisch aufzufassen und sind einer energischen event. hypnotischen Suggestivbehandlung in einer Sitzung am ehesten zugänglich, wie das rein traumatische Stottern, während für alle alten Stotterer die Uebungsbehandlung als Verfahren der Wahl in Betracht kommt. Simuliertes Stottern lässt sich nicht einfach auf Grund der Symptomatologie erkennen. Bei rein traumatischem Stottern fehlen Embolophrasien. Erbliche familiäre identische Belastung ist bei Sprachentwicklungsstotterern häufig, erbliche nervöse Belastung fand sich bei Traumatikern nur zweimal. Die Verschlimmerung wird vielfach schon durch die militärische Ausbildung bewirkt, ferner durch Shock. Dort, wo letzterer Stottern erst hervorrief, nimmt S. eine Schreckneurose mit Fixierung des Symptoms an. Psychopathische Züge fanden sich mehr bei alten Stotterern, rein hysterische Reaktionen mehr bei Traumatikern, z. B. Verbindung mit Stummheit oder Aphonie bzw. Auftreten von Stottern längere Zeit nach deren Beseitigung. Eingehend wird das Verhalten der Sprache beim freien Sprechen, Antworten, Vorlesen, Flüstern und Singen erörtert. Letzteres ist bei reinen Traumatikern auffallend häufiger gestört als bei alten Stotterern. An den pneumographischen Kurven bzw. der Sprechzeit für einen bestimmten Satz lässt sich die Besserung der Störung objektiv und zahlenmässig nachweisen. Die Behandlung führte bei rein traumatischem Stottern häufiger zu einem vollen Erfolg. Die Gewaltkurven mancher Nervenbehandlungslazarette lehnt S. bei Sprachentwicklungsstottern energisch ab und hält sie auch für aussichtslos, was an einem besonders charakteristischen Fall gezeigt wird. Bezüglich der Verwendungsfähigkeit von Stotterern bei der Aushebung und bei der Entlassung aus dem Lazarett vertritt er den Standpunkt, dass sie niemals an die Front geschickt werden sollen, und dass sie überhaupt für den Dienst mit der Waffe besonders im Feld ungeeignet sind, weil sie den militärischen Ton nicht vertragen, nicht vorschriftsmässig antworten und Bericht erstatten oder telephonieren können, und weil der Aufwand für ihre Behandlung in keinem Verhältnis zu ihren Leistungen mit der Waffe steht. Bei ihrer Aushebung sollte auf ihre Vorgeschichte (Schulzeugnisse) mehr Wert gelegt werden (es wurde z. B. ein seit Jahren stummgewordener schwerer Stotterer eingezogen). In kriegswirtschaftlichen Betrieben, bei leichterem Stottern im Heimat- und Etappendienst sind sie eher verwendbar. Ausführliche Arbeit mit Literaturangaben. NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

48) **J. Dubs. Pneumokokken- und Koli-Strumitis.** Aus der chirurg. Abt. des Kantonspitals Winterthur (Chefarzt: Spitaldirektor Dr. R. Stierlin). *Münchener med. Wochenschr. No. 28. 1919.*

Mitteilung der Krankengeschichte je eines einschlägigen Falles unter eingehender Berücksichtigung der Literatur. Unter 500 Strumen der letzten 5 Jahre fanden sich auf der Station nur 4 Fälle von Kropfentzündungen und unter diesen je ein der so seltenen Strumitiden durch Bact. coli bzw. Pneumokokken hervorge-

rufen. Im ersten Fall trat die Strumitis nach einer vor 2 Monaten abgeheilten kruppösen Unterlappenpneumonie mit anschliessender rechtsseitiger eitriger Brustfellentzündung auf. Bei dem zweiten Fall bestand nur eine hartnäckige Verstopfung. In beiden Fällen zeigte der aus der Strumitis entleerte Eitor die betreffenden Bakterien in Reinkultur.

HECHT.

49) **Kummer** (Genf). **Ein Fall von Tetanie infolge von Operation eines rezidiven Kropfes.** Vorstellung in der Société médicale de Genève am 25. April 1918. *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 40. 1919.*

Der rechte Lappen dieses Kropfes war drei Jahre vorher enukleiert worden ohne weitere Folgen. Das Rezidiv stellte sich am linken Lappen mit Kompression der Luftröhre ein.

Die Tetanie war sehr ausgesprochen. Sie wurde geheilt durch frisches Extrakt der Nebenschilddrüse, Chlorkalzium und elektrische Heissluftbehandlung.

Die mikroskopische Untersuchung ergab das Vorhandensein eines Epithelkörperchens bzw. Parastruma.

Auffallend scheint es Ref., dass die gewiss oft unbemerkt zugleich mit der Struma entfernten Parastrumen nicht viel öfter die Kropfoperationen mit Tetanie komplizieren.

JONQUIÈRE.

50) **Isenschmid** (Bern). **Histologische Veränderungen im Zentralnervensystem bei Schilddrüsonmangel.** *J. F. Bergmann. Wiesbaden 1918.*

Es wäre gewiss interessant, die feinsten Gewebsveränderungen im Gehirn und Rückenmark kennen zu lernen, die den so gewaltigen Folgen der Kropfexstirpation für die Entwicklung der Tiere und Menschen entsprechen. Auch die Gehirne der myxödematösen und strumipriven Menschen dürften histologische Aufklärungen bringen. Verf. fand bei vielen Katzen 2—4 Monate nach der Entfernung der Schilddrüse hochgradige Veränderungen in der Färbbarkeit des Protoplasma in den Zellen der Rückenmarksvorderhörner und der elektromotorischen Zone der Grosshirnrinde.

An den Nervenfasern wurde nur eine besondere Weite der Markscheiden im Bereiche der Vorder- und Hinterstränge des Rückenmarks festgestellt.

Sehr charakteristisch seien diese Veränderungen nicht, weil die verschiedensten Intoxikationen ähnliche Veränderungen hervorrufen können. Nach Verf. dürfte das Charakteristische in der Verteilung dieser Veränderungen über das Nervensystem, namentlich über die der vegetativen Funktionen dienenden Teile desselben, enthalten sein.

Eine Tafel mit deutlichen gefärbten Abbildungen ist beigegeben.

JONQUIÈRE.

51) **Roux** (Lausanne). **Nachoperatives Myxödem. (Myxoedème postopératoire.)** Société vandoise de médecine du 8 mai 1919. *Revue méd. de la Suisse romande No. 8.. 1919.*

Der Vortr. stellt diesen Fall, welcher auswärts operiert worden ist, als anachronistisch vor. Die Behandlung mit Schilddrüsenextrakt ergibt vollkommenen Erfolg.

R. behauptet bei dieser Gelegenheit, die Chirurgie habe niemals versprochen, die Kropfkrankheit zu heilen.

Seine Methode der Aufstellung eines offenen Fläschchens mit Jodtinktur in Schulzimmern, wo es Kinder mit endemischem Kropf gibt, hat sich auch nach anderen sachverständigen Aerzten vollauf bestätigt.

In derselben Sitzung wird ferner über Kropffälle berichtet, welche durch Desinfektion des Darmes mittelst Salol geheilt wurden. JONQUIÈRE.

g) Oesophagus.

52) **Bastanier. Ein Fall von Perforation der Speiseröhre und des Herzens durch einen verschluckten Fremdkörper.** *Virchow's Archiv. Bd. 226. H. 3. 1919.*

Bei der Sektion eines Soldaten, der 7 Tage mit der Diagnose: „Herzfehler, Gehirnabszess?“ im Lazarett gelegen hatte, fand sich ein 27 mm langer zugespitzter fischgrätenartiger Fremdkörper (wahrscheinlich die Muskelgräte vom Lachs) in der hinteren Herzbeutelwand dicht unterhalb der Umschlagstelle zum linken Vorhof. In gleicher Höhe mit den Veränderungen am Perikard fand sich in der vorderen Wand der Speiseröhre ein linsengrosses Geschwür mit nekrotischen Rändern und zentraler Perforation und in der hinteren Wand des linken Vorhofes ein kleines Loch, ebenfalls mit missfarbigen Rändern. Keine Beschwerde des Kranken hatte auf die Speiseröhre hingewiesen; auch das Verschlucken eines Fremdkörpers fehlte in der Anamnese völlig. FINDER.

53) **Wilhelm Goebel. Ein Fall von Fremdkörper im Oesophagus mit letalem Ausgang.** Aus der Univ.-Kinderklinik Giessen (Direktor: Prof. Dr. Koeppe). *Münchener med. Wochenschr. No. 39. 1919.*

$1^3/_4$jähriges Kird kommt wegen seit 3 Tagen bestehender Unfähigkeit zur Nahrungsaufnahme in die Klinik. Untersuchung ergibt die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Fremdkörpers im Oesophagus. Oesophagoskopie musste wegen des schlechten Allgemeinzustandes und starker Herzschwäche verschoben werden. Ernährung rektal. Am nächsten Tage Exitus. Autopsie ergibt ein etwa 2,5 cm langes, ziemlich fest zusammengepresstes Stück einer getrockneten Birne in der Speiseröhre, an der Bifurkationsenge fest und unbeweglich liegend. Es zeigt sich eine Ulzeration der Schleimhaut in der ganzen Länge des Fremdkörpers. Anschliessend kritische Erörterungen über die Todesursache, für die Autor unter Ausschluss aller anderen Möglichkeiten und auf Grund der Anamnese eine vorhandene Spasmophilie annimmt; als Todesursache vermutet er eine spasmophile Vagusaffektion, Tod oder Herzspasmus. HECHT.

54) **O. Seidel** (Jena). **Einkeilung und unlösbare Verankerung eines künstlichen Gebisses im unteren Drittel der Speiseröhre mit letalem Ausgang.** *Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 104. H. 1/2. S. 78.*

Der Fremdkörper sass 32 cm von der oberen Zahnreihe entfernt und war durch zwei spitze hakenförmige Ausläufer so fest in die Weichteile verkeilt, dass es trotz aller Bemühungen mittels des Oesophagoskops weder gelang ihn heraus-

zuziehen, noch in den Magen hinabzustossen. Von chirurgischer Seite wurde dann die Gastrotomie ausgeführt, doch liess sich von hier aus der Fremdkörper nicht erreichen. Interessant ist, dass der Chirurg, um festzustellen, ob überhaupt noch ein Fremdkörper vorhanden sei, einen über Hühnerei grossen Schwamm, der an einer Sonde angebunden war, ohne jede Behinderung durch die ganze Speiseröhre in den Magen führen konnte, so dass er annahm, der Fremdkörper sei bereits in den Darm gelangt.

KOTZ.

II. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

a) Wiener Laryngo-Rhinologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. Dezember 1918.

Vorsitzender: L. Réthi.

E. Glas demonstriert a) einen Fall von membranöser Halsentzündung, die er als pemphigoid bezeichnet. Er kennt die Patientin seit mehreren Jahren. Alle 2—3 Monate bekam sie unter Temperatursteigerungen weissliche zusammenhängende Beläge an den Tonsillen, die auf die Gaumenbögen übergriffen und an Höllensteinschorfe erinnerten. Da die Attacken immer an den Tonsillen begannen, schlug G. die Enukleation der Tonsillen vor. Einige Monate nach der Operation fühlte sich Pat. wohl. Jetzt ist das Bild wieder konstant das gleiche. Die Mandelnischen und die Gaumenbögen beiderseits zeigen hauchartige, ausgebreitete Lapisschorfe, die kaum ablösbar sind und unter denen die Schleimhaut blutig erscheint. Blasen wurden niemals beobachtet. Die Haut zeigt keine Veränderungen. Da die Affektion am meisten Aehnlichkeit mit Pemphigus hat, so bezeichnet G. sie als Angina membranacea pemphigoides. Jede Therapie hat sich bisher als nutzlos erwiesen; er will jetzt Neosalvarsan versuchen.

b) Röntgenbilder einer doppelseitigen Kieferhöhleneiterung, die bei einem Soldaten im Anschluss an schlecht gemachte schwere Oberkieferprothesen durch Druck und Sequestrierung eines Teiles des Proc. alveolaris zustande gekommen waren. Es dürfte dies mit dem schlechten Kriegsmaterial der Ersatzstücke zusammenhängen. Es kam zuerst zu einer Nekrose (Druckatrophie?) des Proc. alveolaris und im Anschluss daran zu einer ausgebreiteten Vereiterung der Kieferhöhle mit Polypen und Granulationsbildung. Die Röntgenbilder wurden nach Eingiessen der Holzknecht'schen Masse von der Alveole aus hergestellt und gaben nun die ganze Ausdehnung der beiden Antren wieder.

Schlemmer stellt drei operierte Fälle von Carcinoma laryngis aus der Klinik weiland Chiari vor.

1. 50jähriger Mann mit Totalexstirpation nach Gluck.

2. 45jähriger Mann; Totalexstirpation des Larynx nach Gluck, beiderseitige Drüsenausräumung, Pharynxresektion bis auf eine schmale Schleimhautbrücke an der hinteren Rachenwand, Entfernung von 2 Trachealringen. Gegenwärtig prophylaktische Röntgenbestrahlung.

3. 55jähriger Mann wegen eines inneren Tumors der linken Larynxhälfte in Lokalanästhesie hemilaryngektomiert. Beiderseitige Ausräumung des Bindegewebes entlang der Venenstämme am Halse.

Marschik rät, bei der Anlage der unteren Gefässscheidendrainage den Streifen hinter dem Sternokleidomastoideus herauszuleiten, weil das Herausleiten desselben medial von diesem nachteilig auf die Hauttrachealplastik einwirke.

Sitzung vom 8. Januar 1919.

Vorsitzender: L. Réthi.

G. Hofer demonstriert einen Fall von Perichondritis des Petiolus der Epiglottis nach Grippeerkrankung.

Schon während der Erkrankung leichte Atemnot und Aphonie und Schluckschmerzen, die auch nach überstandener Grippe anhielten. Befund: Larynxeingang gerötet, Gegend der Taschenbänder geschwollen; an der vorderen Kommissur bis hinauf zur Hälfte der Epiglottis sieht man die Schleimhaut wie einen Vorhang gegen den Larynxeingang herabhängen, dabei entleert sich von Zeit zu Zeit in der Gegend des Petiolus deutlich Eiter. Nach antiphlogistischer Behandlung Abnahme der Schmerzhaftigkeit; Aphonie besteht noch. Diese Lokalisation scheint bei Grippe eine bevorzugte zu sein.

Glas hat denselben Fall 7 Wochen lang beobachtet. Als er ihn das erste Mal sah, bestand Schwellung im Gebiet des rechten Ary-krikoidgelenks und des rechten Taschenbandes, hochgradige Einengung der Glottis von rechts her. Diagnose: Perichondritis crico-arytaenoidea dextra mit kollateralem Oedem. Tiefe Inzision und Skarifikation; Entleerung mässiger Menge fötiden Eiters: Eisumschläge; Eispillen. Im Laufe der nächsten Wochen änderte sich der Befund so, dass er nach 4 Wochen das Bild einer Perichondritis der Cartilago thyreoidea rechterseits darbot; nach weiteren Wochen hatte sich der Prozess auch auf den linken Schildknorpel ausgebreitet. Es handelt sich also um eine torpide, langsam verlaufende Perichondritis der Kehlkopfknorpel nach Influenza.

Glas demonstriert Pat. mit mässigen Schluckbeschwerden, dessen Zungenbasis ein kraterförmiges, von harten Rändern umgrenztes Ulkus aufweist. Probeexzision: Karzinom. War ambulant 3 Monate in der Ambulanz eines Laryngologen als Rachenkatarrh behandelt.

M. Sgalitzer berichtet über Vervollkommnung der röntgenologischen Luftröhrenuntersuchung.

Die Mängel der bisherigen Untersuchungsmethode bestanden darin, dass die Luftröhre nur in einer Projektionsrichtung — der sagittalen — untersucht werden konnte; es erschien dabei nur der Halsteil der Trachea auf der Platte, während der Brustabschnitt sehr oft unsichtbar blieb. Hierzu kommt, dass sich die Luftröhre bei sagittaler Aufnahme auf die Wirbelsäule projiziert. Es können ferner dabei nur seitliche Verbiegungen und Kompressionen zur Darstellung kommen, Verbiegungen nach vorn oder hinten überhaupt nicht, Kompressionen in dieser Richtung können nur vermutungsweise angenommen werden. Nur wenn

man die Luftröhre in zwei zu einander senkrechten Projektionen zur Darstellung bringt, können alle ihre Form- und Lageveränderungen deutlich erkannt werden. S. hat im Arch. f. klin. Chir., Bd. 110, eine Technik angegeben, um die Luftröhre auch in rein seitlicher Richtung darzustellen, so dass nun die beiden aufeinander senkrechten Aufnahmen zur Verfügung stehen. Demonstrationen des seitlichen und sagittalen Röntgenbildes. Bei Untersuchung der Luftröhre in diesen zwei zu einander senkrechten Projektionen sind wir imstande, alle Lage- und Formveränderungen der Luftröhre uns anatomisch zu rekonstruieren. Demonstration von Luftröhrenbildern Kropfkranker (Säbelscheidentrachea, Verdrängung und Kompression in schräger Richtung; zirkuläre Kompression), speziell die beiden letzten Formen können nur auf diese Weise diagnostiziert werden. Auch die Untersuchung auf Fremdkörper wird durch diese Untersuchung gefördert. Lehrreich ist ein Fall, der wegen hochgradiger Atemnot infolge Stenose durch Kropf auf die chirurgische Klinik geschickt wurde und bei dem die Aufnahme geringe Kompression des Halsteils durch Kropf, aber weitgehende Kompression des Brustteils der Trachea von hinten her durch einen Mediastinaltumor aufwies. Auch gelingt es, wie an Demonstrationen erklärt wird, durch die seitliche Aufnahme, Oesophagustumoren des oberen Brustabschnittes direkt, also ohne Wismutfüllung, zur Darstellung zu bringen, da sie sich bei dieser Aufnahmerichtung als dichteres Gewebe von der lufthaltigen Lunge abheben.

Marschik erinnert an einen vor 8 Jahren auf der Klinik Eiselsberg beobachteten Fall, in dem durch Tracheoskopie eine Stenose festgestellt wurde, die auf eine äusserlich sichtbare Struma bezogen wurde. Röntgenbild ergab eine undeutlich sichtbare Trachealstenose und einen diffusen Schatten, der der Struma entsprach. Keine Besserung der Dyspnoe; im Gegenteil Erstickungsanfall, der die Tracheotomie notwendig machte. Untere Bronchoskopie ergab erhebliche, sich hart anfühlende Vorwölbung der rechten hinteren Trachealwand. Nach 2 Wochen Exitus. Sektion ergab ein fast mannsfaustgrosses Chondrom, das von einem Brustwirbel ausgegangen war.

Kofler: Fall von unstillbarem Nasenbluten.

22jährige Patientin litt an Hypertrophie beider unterer Muscheln, die vor $1^{3}/_{4}$ Jahren operativ entfernt wurden. Kurze Zeit nach der Resektion der unteren Muschel kam es zu fast täglichen mehr oder minder starken Blutungen aus der rechten Nasenhöhle. Es fand sich stets die rechte Septumseite mit Blutkrusten bedeckt; der Sitz der Blutung war aber nicht festzustellen. Im weiteren Verlaufe, nachdem grössere Partien des Septum mit Trichloressigsäure geätzt, teils kauterisiert waren, kam es zu flach-höckrigen, weichen Wucherungen an der Schleimhaut. Entfernung derselben. Histologischer Befund: Chronisch entzündliches Gewebe, keine Spur von Tbc. oder Lupus. Wassermann negativ. Blutbefund normal. Es wurde ein zwanzighellerstückgrosses Stück des Septums reseziert; die Blutung hörte aber nicht auf, es blutete lange Zeit von der hinteren, oberen und unteren Peripherie der Perforationsrandes. Es gelang schliesslich, die ursprünglich dicken, rauhen stark blutenden Ränder der Perforation zur glatten Vernarbung zu bringen; die Umgebung hörte langsam auf zu bluten bis auf eine kreuzergrosse

Partie hinter dem hinteren Rande, die man jetzt noch als etwas höckrige wie mit kleinen Gefässen versehene Stelle sehen kann. Probeexzision ergibt wieder: Chronisch entzündliche Gewebe. K. weiss keine Erklärung für den Fall. Nach Fehlschlagen aller therapeutischer Versuche will er jetzt Radium versuchen.

Glas berichtet über günstige Erfahrungen mit Klauden.

G. Hofer: Histologisches zur Ozaenafrage.

Nach eingehendem Referat über die bisher vorliegenden Arbeiten zur Histologie der Ozaena wird auf die Befunde der Gewebsveränderungen bei experimenteller Ozaena eingegangen und gegenüber Amersbach für die Histologie der experimentellen Ozaena folgendes festgestellt:

1. Im Epithel: Dasselbe zeigt schon nach wenigen Tagen stellenweise Umwandlung des flimmernden Zylinderepithels in geschichtetes mit limitierenden Plattenzellen.

2. Die Mukosa weist Zeichen der Entzündung auf, bestehend in Rundzelleninfiltration mit Exsudatbildung sowie Anschoppung der Gefässe.

3. Submukosa: Das spärliche Vorkommen von Drüsen in der Schleimhaut des Kaninchens und das Fehlen der schleimbildenden Elemente entgegen dem Bau der menschlichen Muschelschleimhaut.

4. Knochen: Derselbe zeigt alle Veränderungen lakunärer Knochenresorption mit Bildung von Riesenzellen (Osteoklasten). Diese bilden sich bereits bei kurzdauernder Erkrankung der Tiere. Es scheint, dass gerade dieses Stadium für die Bildung der resorbierenden Riesenzellen das Optimale ist und diese in späterer Folge spärlicher werden. Daneben sieht man alle Formen der Resorption und Substitution des Knochens durch Bindegewebe.

Danach sind also die histologischen Veränderungen bei der menschlichen Erkrankung der experimentell erzeugten beim Tiere durchaus gleichwertig, soweit die anatomischen Verhältnisse dies zulassen. Dieses Ergebnis stützt also die Ansicht über die ätiologische Bedeutung des Coccobacillus foetidus.

Hajek: Mit der Erledigung der Frage des Vorkommens von Osteoklasten ist über das Wesen der experimentell erzeugten Atrophie der Nasenmuschel nichts erwiesen; sie kommen nicht nur bei verschiedenen atrophischen Vorgängen des Knochens, sondern selbst bei physiologischem Knochenwachstum und, wie H. vor 20 Jahren nachgewiesen hat, auch bei hypertrophischen Vorgängen im Siebbeinknochen vor. Die experimentell erzeugte Knochenatrophie nach Verimpfung des Perezbazillus kann nicht ohne weiteres mit der bei der menschlichen Ozaena vorgefundenen Atrophie identifiziert werden. Bei seinen histologischen Untersuchungen hat H. in dem beginnendem Stadium, wo makroskopisch noch keine tiefergreifenden Veränderungen zu konstatieren sind, mikroskopisch nachgewiesen, dass das oberste Flimmerepithel verloren gegangen und unter ihm eine exzessive Wucherung des kubischen Epithels bis zu 30 und 40 Schichten entstanden ist, von welchen nur die untersten, der Membrana propria der Schleimhaut aufliegenden Epithelien gut färbbar sind, während die oberflächlichen Schichten den Farbstoff nicht mehr annehmen. Aus diesen zahllosen abgestossenen nekrotischen Epithelschichten bestehen grösstenteils die charakteristischen Borken.

L. Réthi: Man muss zunächst von der Ozaena alle Fälle von Tuberkulose und Syphilis trennen. Auch genügt zur Diagnose Ozaena weder die Atrophie allein noch die Borkenbildung, sondern es muss auch der spezifische Geruch vorhanden sein. R. berichtet dann über seine histologischen Untersuchungen der Ozaena. Er kommt zu dem Schluss, dass in den Veränderungen des Epithels das Wesen der Ozaena nicht gesucht werden kann: der Verlust des Flimmerepithels und die Umwandlung in kubisches und Plattenepithel sowie die Verhornung bedingen die Ozaena nicht, um so weniger, als der Grad des spezifischen Fötors zur Epithelmetaplasie nicht im Verhältnis stand; ebensowenig ist die Rundzelleninfiltration oder die Atrophie entscheidend. Wir sind vielmehr zu der Annahme berechtigt, dass das Wesen der Ozaena in der fettigen Degeneration besteht, und es ist nun die Frage, ob — wie es den Anschein hat — diese Veränderungen eine Folge der Einwirkung des Coccobacillus foetidus von Perez sind, oder ob sie durch andere Momente bzw. Mikroorganismen hervorgerufen werden können.

Sitzung vom 7. Februar 1919.

Vorsitzender: M. Hajek.

L. Hofbauer: Pathologische Beziehungen zwischen oberen Luftwegen und Brustorganen.

(Veröffentlichung erfolgt an anderer Stelle.)

Hanszel fragt, wie der Vortr. die Tatsache erklären kann, dass viele Asthmatiker in gewissen Höhenlagen und bei Klima- und Ortswechsel vollständig asthmafrei sind, wobei es nicht anzunehmen ist, dass diese Patienten gerade dann durch die Nase atmen und nicht durch den Mund.

Weil fragt an, welche Befunde der Vortr. bei Ozaena hat, wo ja die Nase erweitert ist.

Réthi hält einen Zusammenhang zwischen Nasenerkrankungen und Asthma für zweifellos: In diesen Fällen treten die Atembeschwerden mitunter namentlich tagsüber in den Hintergrund und das Krankheitsbild wird von der Bronchitis beherrscht. Die Erscheinungen der Bronchitis treten einmal zugleich mit der Rhinitis auf, ein anderes Mal geht kurze Zeit hindurch Kribbeln und Ziehen in der Nase voraus. Zuweilen sistieren die Erscheinungen der Bronchitis gerade, wenn der Schnupfen heftig exazerbiert und die Nase frei wird; erst wenn die Nase allmählich frei wird, tritt allmählich wieder Rasseln, Giemen und Dyspnoe auf. Aehnliches sehen wir bei Nasenpolypen; solange sie klein sind, verursachen sie vielleicht, weil sie durch Lageveränderungen die Nasenschleimhaut mehr zerren und reizen, eher Asthma, als wenn sie die Nase vollständig ausfüllen; das Asthma schwindet dann wieder, wenn die Polypen, später festgeklemmt, immer in derselben Position verbleiben.

Ein anderes Mal treten in diesen Fällen vikariierende Erscheinungen für die Bronchitis ein, wie Migräne, Schwindel, Herzklopfen u. dgl.

Asthma wird viel seltener von der Nase ausgelöst, als man früher angenommen hat. Auch hat sich gezeigt, dass die Annahme, es hänge eine bestimmte nervöse Erscheinung mit einer bestimmten Stelle in der Nase zusammen, nicht zu Recht besteht.

Neumann: Beim Asthma versagt jede Therapie sowohl des Internisten wie des Laryngo-Rhinologen, weil die Aetiologie dieser Fälle im Psychischen wurzelt. Sie sind daher nur einer psychischen Behandlung zugänglich und zwar vornehmlich der psycho-analytischen Freud'schen Behandlungsweise.

Tschiassny erinnert an einen vor mehreren Jahren vorgestellten Patienten mit Asthma, bei dem die Untersuchung neben einem kleinen Nasenpolypen noch eine chronische Tonsillitis zeigte. T. nahm zuerst die Enukleation beider Tonsillen vor in der Absicht, später den Polypen zu entfernen. Unmittelbar nach der Mandeloperation verschwanden jedoch die Asthmaanfälle. Der Fall zeigt, welche grosse Rolle die neuropathische Komponente in der Aetiologie des Asthmas spielt.

Feuchtinger: Extraktion eines Fremdkörpers mit Hilfe der Hypopharyngoskopie.

Glas berichtet über eine von ihm auf hypopharyngoskopischem Wege aus dem Sinus pyriformis entfernte Goldkrone.

Kofler erinnert an den im April v. J. berichteten Fall von Entfernung einer Nähnadel aus dem Hypopharynx mittels der v. Eicken'schen Hypopharyngoskopie. Er möchte diese Methode für spezielle Fälle der direkten Hypopharyngoskopie vorziehen.

G. Hofer: Inokulationskarzinom des Larynx.

Pat. kam mit Schluckbeschwerden zur Klinik. Die Untersuchung hatte ein dickes, an der Oberfläche mässig exulzeriertes Infiltrat des rechten weichen Gaumens ergeben, das als Karzinom angesprochen wurde. Der Larynxbefund zeigte aber einen zweiten Tumor am rechten Stimmband mit mächtiger Schwellung des rechten Aryknorpels und Fixation der rechten Larynxseite. Die histologische Untersuchung ergab für beide Tumoren Plattenepithelkarzinom. Entweder konnte der Larynxtumor eine Metastase des Mundtumors sein oder er kann durch Inokulation entstanden sein. Da Pat. 72 Jahre alt ist, kommt eine Radikaloperation nicht in Frage.

Réthi erwähnt einen Fall, in dem papillomatöse Massen an beiden Stimmbändern an zwei weit voneinander entfernten Stellen, und zwar auf der einen Seite am Proc. vocalis, auf der anderen zwischen dem vorderen und mittleren Drittel, vorhanden waren. Während jahrelanger Beobachtung waren die dazwischen liegenden Partien gesund. Es handelte sich um Karzinom.

Weil hat am 7. Mai 1913 und am 3. Juni 1914 in der Gesellschaft zwei von einem alten Manne stammende Präparate demonstriert; es handelte sich um Leyomyome im Kehlkopf und der Uvula.

Hofer erinnert sich eines Falles von Lippenkarzinom, bei dem zwei Monate nach der Operation ein Tumor des Oesophagus auftrat, der entsprechend dem Tumor an der Lippe ein Basalzellenkarzinom war.

In der darauffolgenden administrativen Sitzung wurde W. Roth zum Präsidenten, M. Hajek zum Vizepräsidenten der Gesellschaft gewählt.

Hanszel.

---

b) Niederländischer Verein für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde zu Utrecht.

28. Versammlung vom 22. und 23. Juni 1918.

Als Bibliothekar wird Herr Burger wiedergewählt, als neues Vorstandsmitglied wird Herr Loepnit gewählt.

Es wird beschlossen 1919 zwei Versammlungen abzuhalten und zwar im März und im November.

Die Herren Burger und Zwaardemaker werden zur Gelegenheit der Feier des 25jährigen Bestehens der Vereinigung zu Ehrenmitgliedern ernannt. Es wurden folgende Vorträge gehalten:

1. C. E. Benjamins (Utrecht): Ueber die tropischen Krankheiten der Nasen- und Nasenrachenhöhle, welche mit Ulzeration und Gewebswucherung einhergehen.

Hierzulande kommen bei der Diagnose derartige Erkrankungen nur drei in Frage: Tuberkulose (Lupus), Syphilis und bösartige Geschwulst. In Niederländisch-Indien ist Lupus selten, obgleich Lungentuberkulose ziemlich oft vorkommt. Statistisch stellt sich heraus, dass bösartige Geschwülste, besonders epitheliale Neubildung bei den dunkel gefärbten Rassen weniger vorkommen. Nachdem kurz Lepra erwähnt wird, bespricht Vortragender ferner Framboesia tropica, deren tertiäre Erscheinungen, besonders auch in der Nasenrachenhöhle vorkommen, die Schleimhautmykosen (Blastomykose, Sporotrichose, Aspergillose), Rhinopharyngitis mutilans, die Leishmaniosen. Zur letzten Gruppe gehört auch Espundia, welche bei einem internierten belgischen Studenten, der in Paraguay gereist war, angetroffen wurde. Weniger bedeutende Krankheiten sind Rhinosporidium kinealgi, Rhinosklerom und Myiasis. Vortragender betont noch besonders, dass zur Differentialdiagnose dieser erwähnten tropischen Krankheitsformen Laboratorium-Untersuchungen nötig sind.

Diskussion: Magnus fragt, wieviel Tartarus emitecus therapeutisch eingespritzt wurde. Struyken teilt mit, dass sich bei einem an „Bouton d'orient" an der Stirn Erkrankten auf Einspritzung von Methylenblau Genesung einstellte. De Levie berichtet über einen Fall von Aktinomykose in der Nase; Binnert hat einen Fall von Myiasis gesehen mit Heilung ohne weiteres nach Reinigung der Nase. Weshalb treten in Ost-Indien solche grosse Zerstörungen auf? Fredrikse fragt, ob in den Papeln von Framboesia das Pigment verschwindet: die Papeln waren weiss. Bei Hauterkrankungen durch Blastomyzeten verschwindet das Pigment ebenfalls.

Benjamins antwortet, dass von einer 1 proz. Lösung täglich oder jeden zweiten Tag 5—10 ccm eingespritzt wurden. Keine Beschwerden ausser starken Muskel- und Gelenkschmerzen nach grösseren Gaben. Es gibt verschiedene Arten von Fliegen, welche in der Nase Eier legen. Besonders Fleischfliegen fressen das Gewebe an. In nördlichen Ländern gibt es jedoch Arten, die dieses nicht

tun. Das Pigment schwindet tatsächlich, dieses geschieht jedoch bei dunklen Rassen fast bei jeder Ulzeration. Aktinomykose kommt vor, ist jedoch selten. Die Diagnose „Bouton d'orient" kann nur sicher gestellt werden, wenn Leishmania gefunden wird.

2. F. H. Quix (Utrecht): Messungen und Ueberlegungen über die Funktion der Otolithen.

3. H. J. L. Struyken (Breda): Analyse und Synthese von u (holländisch oe, und $\overline{oo}$).

Vortragender hat die Vokale photographisch registriert mit seinem Membran-Apparat und zur Vergleichung nach Töpler's Methode wobei schwebende Luftstäubchen oder aufsteigende Gasstrahlen durch Tonwellen in Schwingung gebracht werden, strobskopisch untersucht. Obertöne von u und o haben selten mehr wie 900 Schwingungen, die äusserste Grenze für Aufnahme nach Töpler. Zur Korrektion wurde ausserdem Registrierung von aequiintensen Stimmgabeltönen benutzt. Analylisiert wurde mit dem Apparat von Madler. Kurz wiedergegeben kann Vortragender folgende Schlüsse machen:

1. Die Obertöne sind fast stets harmonisch; Noniusverschiebung wurde nur selten gefunden.

2. Das Ausklingen des Obertons in der Periode des Grundtons kommt bei u und $\overline{oo}$ auffallend wenig vor.

3. U kann durch Kinderstimmen noch produziert werden bei einem Tone von 450 Schwingungen, ohne dass ein Unterton anwesend zu sein braucht. Bei noch höherem Sington tritt ein Unterton auf; bei Erwachsenen schon bei 390.

4. Formanten von bestimmter Tonhöhe oder Tonstärke sind nicht anwesend. Sehr weite Grenzen in den Schwingungszahlen der zusammenstellenden Töne müssen angenommen werden. Ein einfaches Regelmass in der Phasenbezeichnung konnte nicht nachgewiesen werden.

5. Das von Marage als typisch angegebene Bild für die Vokale entspricht nur dem Vokallaut bei bestimmter Tonhöhe.

6. Das hohe u kommt oft, schon bei 300 Schwingungen einem reinen Sinnesbilde nahe, $\overline{oo}$ gibt immer ein kompliziertes Bild. Auch das sehr niedrige, kurz gesprochene u bildet nicht selten eine einfache Welle.

7. Wird $\overline{oo}$ oder u von verschiedenen Stimmen auf genau dieselbe Schwingungszahl gesungen, dann entstehen typische Bilder, die auch wiedergefunden werden wenn am Apparat Veränderungen angebracht werden.

8. Bei schnellerer Reversion der Phonographenkurven gehen einzelne u in $\overline{oo}$ über und umgekehrt.

9. Bei sehr niedrigem u werden fast immer höhere Obertöne gefunden als bei $\overline{oo}$ auf gleicher Tonhöhe.

10. Für u und $\overline{oo}$ der Männerstimme wird ein u- bezw. $\overline{oo}$-Komponent der Teiltöne gefunden, welcher den anderen Komponenten dieser Töne übertrifft. Für Frauen- und Kinderstimmen gilt dieses jedoch nicht. Ein reines C^2 macht nie den Eindruck von $\overline{oo}$, es müssen niedrigere Töne mittönen.

11. Der Sprech- und Sington sind bei oe meistens als Grundton deutlich nachweisbar, bei oo sind sie weniger deutlich, bei aa oft nur als Periode der Obertöne ohne eigene Amplitude.

12. U (und auch aa) scheinen vorzukommen. als niedriger einfacher Ton unter 350 oder als zusammengesetzter Ton ohne höheren Oberton als ungefähr 600. Bei oo liegt diese Grenze bei 850.

13. Bei U ist im allgemeinen der Grundton und der dritte Teilton stärker ausgesprochen, bei oo der zweite Teilton.

Die Ergebnisse der Analyse wurden auch zur Synthese benutzt. Es wurden belastete Stimmgabeln benutzt, deren Töne in einem Rohre gemischt wurden. Einige Ergebnisse werden erwähnt.

Zum Schluss behauptet Vortr., dass die Theorie von Helmholtz unhaltbar ist (Ein Ton von bestimmter Schwingungszahl sei für jeden Vokal bestimmend); dass die Theorie von Hermann ungenügende Erklärung gibt (Der Vokal entsteht durch Anblasen der Mundhöhle bzw. Nasenrachenhöhle in der Periode des Kehlkopftons. Dieser letztere formt den Sprech- bzw. Sington. Der Mundton ist der Formant von bestimmter Schwingungszahl). Die Hypothese von Köhler gilt nur teilweise für u (aa und ie). (Jeder Ton hat ausser seiner Tonhöhe noch Musikalität und Vokalität. Die Vokalität wechselt bei jeder Verdoppelung der Schwingungszahl.) Die Theorie von Willis (Ein Vokal ist eine verschieden schnelle Wiederholung eines kurzen musikalischen Tones) und Marage (Der Vokal entsteht durch wiederholte Luftstösse von bestimmtem Rhythmus) gelten nur für einige Fälle. Ebenfalls genügt nicht die Theorie von Guillemin (Vokale entstehen nicht durch periodische Schwingungen, doch durch Luftwirbel). Dass hierdurch der Vokalcharakter nicht bestimmt wird, muss nicht richtig sein, weil Phonograph und Grammophon die Vokale wiedergeben.

Diskussion: Benjamins, Quix.

4. G. van Gaugelen (den Haag): Die Grösse des Tränensackes; Röntgenuntersuchung der Tränenwege.

Durch ein Sieb B 50 wird Bariumsulfat so fein zerrieben, dass es in Mixtur mit zwei (Gewichts-) Teilen Wasser eine geeignete Injektionsmasse gibt. Vortr. fand die Aufnahme mit Kopfhaltung nach Rhese sehr geeignet. Formveränderung des Saccus kommen so deutlich zum Ausdruck.

Diskussion:

Quix bezweifelt, ob durch die Injektion der Saccus nicht erweitert wird.

Rochat glaubt, dass die durch v. Gaugelen gefundenen Werte besonders bitemporal den normalen Durchmesser bedeutend übertreffen.

v. Gaugelen behauptet, dass der Druck gering sei und der Saccus nicht erweitert wird.

5. F. Hogewind: Der Diamagnetismus von Flüssigkeiten beim Tier mit der Endolymphe als Beispiel.

Die Untersuchungen wurden mit einem starken Elektromagneten gemacht. Die Flüssigkeiten befanden sich in Quarzröhren, welche Auskochen in Schwefel-

säure-Chromsäure gut vertragen. Die Endolymphe des Kabeljaus wurde untersucht. Der Diamagnetismus lag zwischen dem vom Wasser und anderen tierischen Flüssigkeiten. Serum 37. Muskelpresssaft 36,5. Urin 35. Endolymphe 45,4.

6. E. W. de Flines: Verbesserung der Sattelnase durch Knochentransplantation.

Demonstration von Patienten und Röntgenaufnahmen. Kurze Besprechung der Methode (Knochenstück aus der Tibia wird nach Einschnitt am Nasenflügel über die Nasalia gelegt).

Diskussion:

Leopold Siemens befürwortet die Methode mittels Paraffin-Kautschuk.

Quix bemerkt, dass durch Resorption das Resultat auf die Dauer in Frage gestellt wird.

7. A. de Kleyn (Utrecht): Ueber tonische Labyrinth- und Halsreflexe auf die Augenmuskeln (ausführlich Arch. Neerland. de Physiologie, Tome II, 1918, S. 644).

Diskussion: Quix.

8. H. de Groot: Moderne Methoden zur Untersuchung von Simulanten.

Verf. empfiehlt besonders zwei Methoden.

9. J. J. van den Helm (Utrecht): Lokalanästhesie in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde.

Vortr. macht Mitteilung über eine Arbeit, welche die Angaben aus den Lehrbüchern, der Literatur und eigener Erfahrung über die Lokalanästhesie für das Spezialfach auf übersichtliche Weise enthält. Die ausführliche Arbeit wird in den „Acta" erscheinen.

Diskussion:

De Levie erwähnt, dass durch Einspritzung in den N. maxillaris auch das Ganglion sphenopalatinum durch Diffusion anästhetisch wird. Eine mehr direkte Anästhesie des Ganglions erhielt man durch Applikation von kokaingetränkten Wattebauschen auf das hintere Ende der Concha inferior.

10. J. Leopold Siemens (Amsterdam): Behandlung von verschiedenen Krankheiten der Nasenschleimhaut und der Nasenrachenschleimhaut durch das Auflegen (Applikation) von Arzneimitteln.

Vortr. glaubt durch das Auflegen von Wattetampons mit 5 bis 10 proz. Protargol oder 5 proz. Nitras argenti eine besonders ausgiebige Behandlung zu erreichen. Etwa 15—30 Minuten bleiben die Tampons liegen. Es tritt eine starke Sekretion auf. Die Methode soll angewendet werden, wenn man nach Ausschliessung von Nebenhöhlenerkrankungen oder Wucherungen eine oberflächliche Erkrankung der Schleimhaut der unteren Muschel oder der angrenzenden Schleimhaut des mittleren Nasenganges annehmen muss. Bei Konstitutionsanomalien, wie z. B. beim Katarrh bei Gicht ist wenig zu erreichen; auch bei Ozaena kommt man ohne Nasenduschen nicht aus. Bei Rhinitis sicca anterior und bei Rhinitis atrophica simplex wurden gute Resultate erzielt. Bei der Nachbehandlung von

Konchotomien, Siebbeinoperationen, Entfernung von Spinae septi tritt schnellere Epithelisation ein. Es wurden mit dieser Methode Patienten in 6 bis 8 Wochen geheilt, welche nach derartigen Operationen jahrelang lästige krustige Sekretion hatten. Die Dauer der Behandlung ist etwa 6 bis 8 Wochen 2—3mal wöchentlich.

Akute Erkrankungen verlaufen leichter und manchmal verschwindet die Neigung zu Katarrhen. Behandlung einige Wochen vor dem Auftreten des Heufiebers macht, dass die Pat. keinen Anfall mehr bekam. Auch Nasenrachenkatarrhe sind dieser Behandlung zugänglich. Nach der Ansicht des Vortragenden sind häufig diese Katarrhe dadurch verursacht, dass die Schleimhaut hier keine Muskeln als Unterlage besitzt und deshalb die Entfernung von Bakterien und Schleim nur durch die Schwerkraft und Wirkung des Flimmerepithels geschehen muss. Auch Diphtheriebazillenträger wurden in kurzer Zeit bazillenfrei. Die Arzneimittel wurden gelegt an die Plica salpingopharyngea und das Pharynxdach, während die Flüssigkeit über den weichen Gaumen strömt. In diesen Teilen sitzen viel tubulöse Drüsen, welche bei solchen Katarrhen eine Rolle spielen und auf diese Weise chemisch gereinigt werden. Bei dieser Behandlung konnte die Irradiation, welche Zarniko erwähnt, angenommen werden und dass Berührung dieser Teile der Nasenrachenhöhle gleichzeitig am Larynx wahrgenommen werden.

Diskussion:

De Flines sah einen Patienten, der durch Siemens auf diese Weise ohne Erfolg behandelt war und nach Entfernung der hypertrophischen unteren Muschel geheilt war. Strujken bezweifelt die Heilung bei Heufieber, wo doch z. B. auch das Auge und die Kehlkopfsymptome die Krankheit zeigen.

Leopold Siemens antwortet, dass er auch hypertrophische Muscheln entfernt. Diese Operation wird jedoch beim Militär oft verweigert und dann behandelt er konservativ. Bei den Heufieberpatienten tritt bei Applikation von Protargol starke Sekretion auch am Auge auf. Jedenfalls waren seine Patienten auch von den Augenbeschwerden befreit.

11. Prof. A. J. P. van den Broek (Utrecht) als Gast. Demonstration eines Wachsmodells vom membranösen Labyrinth des Kaninchens.

van Gilse.

III. Briefkasten.

Personalnachrichten.

Dr. Ernst Barth (Berlin) und Dr. Weingärtner, erster Assistent an der Killian'schen Klinik, haben den Titel als Professor erhalten.

Dr. Klestadt in Breslau hat sich daselbst für Oto-Laryngologie habilitiert.

Prof. Moure (Bordeaux) und Dr. Gontier de la Roche (Toulon) haben uns den Wunsch übermitteln lassen, ihre Namen aus der Liste der Mitarbeiter dieses Zentralblattes gestrichen zu sehen. Indem wir diesem Wunsche nachkommen, sprechen wir den genannten Herren für die langjährigen Dienste, die sie dem Zentralblatt geleistet haben — Prof. Moure gehörte ihm seit der Begründung als Mitarbeiter an — an dieser Stelle unseren Dank aus. F.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXV. Berlin, November. 1919. No. 11.

I. Paul Gerber †.

Am 13. Oktober d. J. starb der Direktor der Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke in Königsberg, ausserordentlicher Professor für Laryngologie und Rhinologie an der Albertus-Universität, Geh. Medizinalrat Paul Gerber. Auf unaufgeklärt gebliebene Weise hatte er sich in Ausübung seines ärztlichen Berufes eine Infektion an der Hand zugezogen; es entstand eine foudroyante Sepsis, die in wenigen Tagen seinem arbeitsreichen und hoffnungsvollen Leben ein allzu frühes Ende machte.

Paul Gerber war am 14. Mai 1863 in Königsberg geboren. Er absolvierte daselbst das Gymnasium und nachdem er erst ein paar Semester neue Sprachen und Literatur studiert hatte, entschloss er sich, die Medizin zum Lebensberuf zu wählen. Er bestand in seiner Vaterstadt das Staatsexamen und wurde dann Assistent von Michelson, der nach Burow's Tode die Laryngologie an der Königsberger Universität vertrat und eine Poliklinik begründet hatte, die sich durch ihre rege wissenschaftliche Tätigkeit hervortat. Auch nutzte Gerber die Gelegenheit, um bei dem berühmten Chirurgen Mikulicz, zu jener Zeit Ordinarius in Königsberg, der den Erkrankungen der oberen Luftwege stets besonderes Interesse zuwandte und mit Michelson zusammen den vortrefflichen Atlas der Mund- und Rachenhöhle herausgegeben hatte, eine Zeitlang tätig zu sein. Nachdem er noch vorübergehend bei Schrötter in Wien und in Berlin gearbeitet hatte, liess

sich Gerber 1892 in seiner Vaterstadt als Laryngologe nieder. Michelson war Ende 1891 plötzlich gestorben und Gerber übernahm die von jenem ins Leben gerufene und bereits zu einer gewissen Blüte gelangte Poliklinik. In jener Zeit beginnt die wissenschaftliche Tätigkeit Gerber's, in der, entsprechend einem von seinem Vorgänger übernommenen Interesse für die Syphilodologie, die Arbeiten über Syphilis der oberen Luftwege einen breiten Raum einnehmen.

Durch das von Michelson geweckte Interesse für die Hautkrankheiten und die bei ihnen vorkommenden Schleimhautaffektionen der oberen Luftwege wurde nun Gerber's Aufmerksamkeit auf eine Erkrankung gelenkt, die während seiner ganzen wissenschaftlichen Tätigkeit nicht mehr aufhören sollte, ihn dauernd zu fesseln, nämlich das Sklerom und insbesondere dessen Ausbreitung in Ostpreussen. Nachdem er bereits im Jahre 1900 im Archiv für Laryngologie über eine Anzahl aus Russland eingeschleppter Fälle berichtet hatte, konnte er 1903 in einem Vortrage vor der Berliner Medizinischen Gesellschaft die Aufmerksamkeit weiterer ärztlicher Kreise auf die wichtige Tatsache lenken, dass in Ostpreussen ein „Sklerombherd" besteht, in dem diese Krankheit endogen ist. Gerber wurde nicht müde, in Vorträgen und wissenschaftlichen Aufsätzen immer wieder auf diese ihm besonders am Herzen liegende Frage zurückzukommen, die Schwierigkeiten zu schildern, denen die Diagnose des reinen, d. h. nicht mit Erkrankung der äusseren Nase einhergehenden Skleroms unterworfen ist, und die Behörden auf die zunehmende Zahl der Fälle und die Weiterverbreitung dieser chronischen Infektionskrankheit aufmerksam zu machen. Dass er vielleicht durch seine wiederholten Eingaben und Mahnungen auf die Dauer den preussischen Medizinalbehörden etwas unbequem werden könnte, war für ihn kein Grund, sich in der Verfolgung der von ihm als wichtig erkannten Frage irgendwie irrig machen zu lassen.

Dem Interesse für die bei den Hautkrankheiten vorkommenden Schleimhautaffektionen entstammen auch seine Arbeiten über Lepra und Lupus der oberen Luftwege. Er bearbeitete das Kapitel über Nasenlupus im Heymann'schen Handbuch, förderte durch mehrere Publikationen unsere Kenntnis von der Histologie dieser Erkrankung und wies immer wieder eindringlichst darauf hin, wie wichtig die rechtzeitige Erkennung ihrer — oft recht versteckt im Nasenvorhof lokalisierten — Manifestationen sei, die den Ausgangspunkt des Gesichtslupus bilden können.

Im Jahre 1902 erschien Gerber's „Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraums". Auf 40 Tafeln sind hier in meist ausgezeichneten Abbildungen die Erkrankungen dieser Region dargestellt. Die meisten Fälle entstammen Gerber's eigener reicher Erfahrung, auch hier wieder sind Lues, Lupus, Sklerom und Lepra mit besonderer

Vorliebe behandelt; ergänzend kommen dazu unveröffentlichte Fälle anderer Autoren, die ihm zu diesem Zwecke überlassen wurden. Die Fülle instruktiver Bilder, die sorgfältige Auswahl besonders charakteristischer und seltener Fälle verleiht dem Gerber'schen Atlas einen unvergänglichen Wert als Hilfsmittel beim Studium und Unterricht der Rhinologie.

Einen Höhepunkt in Gerber's wissenschaftlichem Schaffen bildet seine 1909 erschienene Monographie über die Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen, in der er auf Grund seines eigenen und des aus der Literatur zusammengetragenen Materials eine ebenso erschöpfende, wie klare und methodische Darstellung des Gegenstandes gibt, die sich natürlich nicht auf eine Zusammenstellung des klinischen Tatsachenmaterials beschränkt, sondern auch der Anatomie und Histologie, der Mechanik der Infektion und der Bakteriologie den gebührenden Raum einräumt und in einem Schlusskapitel die praktischen Folgerungen zieht, die sich für unser therapeutisches Handeln ergeben.

Ein Blick auf das Verzeichnis der Gerber'schen Arbeiten gibt eine Vorstellung von seinem unermüdlichen Schaffenseifer und von der Vielseitigkeit seiner wissenschaftlichen Interessen. Auf den verschiedensten Gebieten seines Spezialfaches hat er sich betätigt und überall hat er anregend und fördernd gewirkt. So sei daran erinnert, dass er zuerst auf eine unterhalb der unteren Muschel auftretende Vorwölbung als diagnostisches Merkmal der Kieferzysten aufmerksam gemacht hat, es sei hingewiesen auf seine zahlreichen Arbeiten über die Spirochätosen der oberen Luftwege, über deren Behandlung mit Salvarsan usw. Ein Meister war Gerber in der Kunst populärer Darstellung. Wer ein Beispiel dafür sucht, wie man in gemeinverständlicher und anregender, dabei niemals trivial werdender Form die Ergebnisse der Forschung und deren Nutzanwendung einem Laienkreis klar machen kann, der lese Gerber's Büchlein über „Die menschliche Stimme und ihre Hygiene“ und die in derselben Sammlung erschienene kleine Schrift mit dem Titel „Etwas über Nasen“.

Bei der Abfassung solcher populärer und medizinisch-belletristischer Aufsätze, wie „Goethe und die Medizin“, „Mozart's Ohr“, „Goethe's Leipziger Krankheit“, kam ihm ein ausgesprochenes schriftstellerisches Talent zustatten. So umfangreich auch Gerber's wissenschaftliche und praktische Tätigkeit war, so konnte sie ihn doch nicht ganz ausfüllen und befriedigen; er fand immer noch Zeit und Musse, eine ihm innewohnende starke dichterische Begabung und seine Neigung zu literarischer Arbeit zu betätigen. So veröffentlichte er unter dem Pseudonym Heinrich Garibert als Produkt seiner Muse zwei Bändchen Gedichte, die ihn als eine wahre Poetennatur offenbaren. So schrieb er, während er im Kriege ein Lazarett im Osten leitete, das sehr lesenswerte und bereits in mehreren Auflagen

verbreitete Büchlein „Alte Stimmen in die neue Zeit“, eine „literarische Kriegsunterhaltung“, wie er es nannte, und noch am Tage, bevor ihn die todbringende Krankheit befiel, legte er die letzte Hand an ein neues Werk, das demnächst erscheinen wird: „Die Revolution und unsere Klassiker.“

Dass man es mit einem Manne von ungewöhnlich reichem Innenleben, vielseitigsten Interessen und umfangreichen Kenntnissen zu tun hatte, das offenbarte sich jedem, der Gelegenheit hatte, mit Gerber in persönlichen Verkehr zu treten. Unvergesslich wird mir eine Unterhaltung bleiben, die ich 1913 beim letzten Internationalen Medizinischen Kongress in London mit ihm hatte. Wir kamen von einer Sitzung unserer Sektion, in der er ein Referat gehalten hatte über die Salvarsanbehandlung bei Erkrankungen der oberen Luftwege, und wandelten im Hydepark an der „Serpentine“ plaudernd auf und ab. Soeben war Gerber noch der rein objektive wissenschaftliche Forscher gewesen, der die Ergebnisse seiner Beobachtung in einem mustergiltigen Referat seinen Fachgenossen unterbreitet hatte; jetzt in dem sommerlichen Park, von dessen Rande das Leben der Weltstadt herüberdröhnte, kam seine Poetennatur zum Durchbruch. Wie empfänglich zeigte er sich da für die mannigfaltigen Eindrücke, die auf seinen lebhaften Sinn der Aufenthalt in der Riesenstadt gemacht hatte und wie fein und schwungvoll wusste er diese Eindrücke zu schildern, wie fesselnd und geistvoll entwickelte er da über mancherlei Dinge Anschauungen, die in der Zukunft sich nur als allzu richtig erweisen sollten. Poeta propheta!

Es war Gerber noch vergönnt, die Früchte seiner Arbeit zu geniessen. Er durfte sich der allgemeinen Anerkennung seiner Fachgenossen erfreuen, sein Ruf als Konsiliarius ging weit über die Grenzen seiner Heimatprovinz nach Russland und Polen, seine Lehrtätigkeit war gross und erfolgreich, unter seinen Assistenten sind Männer, wie Streit und Henke, die in der wissenschaftlichen Welt ihrem Namen einen guten Klang verschafft haben. Besondere Freude empfand Gerber über das Blühen seiner Poliklinik, die im Jahre 1906 zur Universitätspoliklinik erhoben worden war. Sein Stolz über den immer grösseren Aufschwung dieses Instituts — die Frequenz betrug vor dem Kriege etwa 5000 Patienten — war um so berechtigter, als er die Unterhaltungskosten fast ausschliesslich aus eigenen Mitteln zahlte, der Zuschuss, den der Staat gewährte, war geradezu lächerlich gering. Die Bedeutung der Gerber'schen Poliklinik für unsere Spezialwissenschaft lag besonders darin, dass gerade hier in der Nordostecke Deutschlands aus den russischen und polnischen Randgebieten eine Fülle der seltensten Krankheitsfälle zusammenströmte, die eine reiche Fundgrube für wissenschaftliche Forschung abgaben. Leider besteht die Befürchtung, dass diese eigenste Schöpfung Gerber's seinen Tod nicht überdauern

werde. Es wäre im Interesse unseres Faches dringend zu wünschen, dass diese Befürchtung nicht zutrifft und dass die Königsberger Universitäts-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke mit ihrem reichen und wertvollen Material nicht irgendwelchen engherzigen fiskalischen oder sonstigen Erwägungen zum Opfer fiele. Wie aber auch das Schicksal der Laryngologie in Königsberg sich nach Gerber's Tode gestalten möge, sein Lebenswerk war nicht umsonst getan und sein Name wird unvergessen bleiben.

Finder.

Verzeichnis der wichtigeren Arbeiten Gerber's.

1. Syphilis des Nasenrachenraums. Arch. f. Dermat. und Syphilis. 1892. I. Ergänzung.
2. Zur Frage der Exzision der Initialsklerose. Therap. Monatshefte. Okt. 1892.
3. Zur Kenntnis der Nasensteine. Deutsche med. Wochenschr. No. 51. 1892.
4. Die sog. „Tornwald'sche Krankheit“ in Königsberg. Therap. Monatsheft. November 1892.
5. Spätformen hereditärer Syphilis in den oberen Luftwegen. Klin. Studien. Wien 1894.
6. Gerber und Podack, Ueber die Beziehung der sog. primären Rhinitis fibrinosa. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 54. 1894.
7. Syphilis des Nase und der Halses. Dermat. Zeitschr. u. Sonderausg. Karger. Berlin 1895.
8. Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Naseneiterung. Deutsche Med. Zeitung. No. 96. 1895.
9. Die Beziehungen der Nase und ihrer Nebenräume zum übrigen Organismus. Antrittsvorlesung. Karger. Berlin 1896.
10. Etwas über Nasen. Populärer Vortrag. Hamburg 1896.
11. Rhinitis acuta. Handb. d. Laryng. u. Rhin. Wien 1896.
12. Gerber und Prang, Erste Erfahrung mit Tuberkulin T. R. Deutsche med. Wochenschr. No. 14. 1897.
13. Akute infekt. Phlegmone, Erysip. im Larynx. Handb. d. Laryng. 1898.
14. Mozart's Ohr. Deutsche med. Wochenschr. 1898.
15. Goethe als Mediziner. Wiener med. Wochenschr. 1899.
16. Tuberkulose und Lupus der Nase. Handb. d. Laryng. u. Rhin. 1899.
17. Statist. und Kasuist. zur Rhino-Laryngologie und Otologie. Monatsschr. für Ohrenheilk. 1899.
18. Empyem des Sinus frontalis mit Usur der Vorderwand. Arch. f. Laryng. Bd. 8. H. 1.
19. Chamäprosopie und hered. Lues in ihrem Verhältnis zur Platyretis. Ebenda. Bd. 10. H. 1.
20. Ein Doppeldiaphanoskop zur Durchleuchtung der Stirnhöhlen. Deutsche med. Wochenschr. No. 11. 1900.
21. Entstehung und Verhütung der Ohreiterungen. Karger. Berlin 1900.
22. Massregeln zur Verhütung der Ohreiterungen. Karger. Berlin 1900.

23. Ueber das Sklerom insbesondere in Ostpreussen. Arch. f. Laryng. 10. Bd.
24. Notiz zur Geschichte der Rhinoscopia anterior. Ebenda. Bd. 11. H. 3.
25. Zur Feststellung des Skleroms in Ostpreussen. Deutsche med. Wochenschr. No. 35. 1900.
26. Beitrag zur Kenntnis der Lepra der oberen Luftwege und der Verbreitung der Leprabazillen. Arch. f. Laryng. Bd. 12. H. 1.
27. Atlas der Krankheiten der Nase usw. Karger. Berlin 1902.
28. Meine Operationsmethode der chronischen Kieferhöhlenempyeme. Deutsche med. Wochenschr. No. 27. 1902.
29. Zur Frage der radikalen Behandlung der chronischen Kieferhöhlenempyeme. Brief an Dr. Lüc.
30. Bericht über Klinik und Poliklinik im Jahre 1902. Zeitschr. f. Ohrenheilk. 45. Bd.
31. Ein seltener Fremdkörperfall der Nase. Arch. f. Laryng. Bd. 13. H. 3.
32. Ueber einen Skleromherd in Ostpreussen. Berl. klin. Wochenschr. No. 11. 1903.
33. Die Kontagiosität des Skleroms. Ebenda. 1903.
34. Zur Kasuistik der Ohrengeschwülste. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 45. H. 1.
35. Ueber die rhinoskopische Diagnose und die Behandlung der Kieferzysten. Arch. f. Laryng. Bd. 16. H. 3.
36. Ausbleiben des Knochenersatzes am operierten Schläfenbein. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 63. S. 134.
37. Zur Diagnose des Skleroms usw. Arch. f. Laryng. 1903.
38. Three cases of tumor of the ear. Arch. of otology. Vol. XXXVII. No. 6. 1904.
39. Rhinogener Hirnabszess. Arch. f. Laryng. Bd. 16. H. 2.
40. Bemerkung zu Streit: Histolog. klin. Beiträge 2. Sklerom. Arch. Bd. 16.
41. Ueber Labyrinthnekrose. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 60. S. 16.
42. Handatlas der Operationen am Schläfenbein. Bergmann. Wiesbaden 1905.
43. Prinzipien der Kieferhöhlenbehandlung. Arch. f. Laryng. Bd. 17. H. 1.
44. Zur Diagnose der Kieferzysten. Bemerk. zu Chiari. Deutsche Med. 1905.
45. Ueber Wandveränderungen bei Eiterungen in starrwandigen Knochenhöhlen. Deutsche med. Wochenschr. No. 14. 1905.
46. Die bakteriologische und die klinische Diagnose bei der fibrinösen Entzündung der oberen Luftwege. Berliner klin. Wochenschr. No. 31. 1905.
47. Das Sklerom in den russischen und deutschen Grenzgebieten usw. Volkmann's Sammlung. 1905.
48. Encephalitis et Otitis grippalis acuta. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 66. S. 31.
49. Laryngoscopia subglottica. Arch. f. Laryng. Bd. 18. H. 2.
50. Hypopharyngoskopie. Berliner klin. Wochenschr. No. 53. 1906.
51. Les ostéomes du sinus frontal. Arch. internat. de laryng.
52. Ueber Tubenabschluss nach den Totalaufmeisselungen. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 70. S. 263.
53. Tamponöse Nachbehandlung und Tubenabschluss. Ebenda. Bd. 70. S. 263.
54. Pharyngo-Laryngoskopie. Arch. f. Lar. Bd. 19. H. 2.
55. Die menschliche Stimme und ihre Hygiene. Aus Natur und Geisteswelt. Teubner. 1906.

56. Abhärtung in Körper und Geist. 1902.
57. Die Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen. Vortrag. 1908.
58. Das Sklerom, sein Vorkommen und Behandlung. Therap. Monatsh. Dezember 1907.
59. Otologischer Bericht über das Jahr 1905. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 75.
60. Laryngitis nodulosa. Zeitschr. f. Laryng. Bd. 1.
61. Die Komplikationen der Stirnhöhlenentzündungen. Karger. Berlin 1909.
62. Einige Wünsche Erholungsreisender usw. Zeitschr. f. Laryng. 2. Jahrg.
63. Kehlkopfspiegel und Nervenkrankheiten. Beitr. z. Phys. u. Path. 1909.
64. Zur Behandlung der tuberkulösen Epiglottis. Zeitschr. f. Laryng.
65. Die Syphilis des Mundes, des Rachens und der Speicheldrüsen. Handb. der Geschlechtskrankh. Wien 1909.
66. Neue Skleromfälle aus Ostpreussen. Deutsche Med. 1912.
67. Zur Geschichte der radikalen Kieferhöhlenoperationen. Arch. f. Laryng. Bd. 23. H. 2.
68. Des cystes dentaires. Arch. internat. de laryng., d'otol. etc.
69. Ueber das Sklerom. Med. Klinik. No. 7. 1910.
70. Zur Bekämpfung der Lues und des Lupus. Arch. f. Dermat. u. Syph. Bd. 100. H. 1—3. 1910.
71. Die Syphilis der Nase, des Halses usw. 2. Aufl. Karger. Berlin 1910.
72. Die Beziehungen der Stirnhöhle zum übrigen Organismus. Reichs-Med.-Anz. No. 10. 1910.
73. Ueber Lepra. Deutsche med. Wochenschr. No. 37. 1910.
74. Die Zunahme des Skleroms in Ostpreussen. Münchener med. Wochenschr. No. 35. 1910.
75. Ueber Spirochäten in den oberen Luft- und Verdauungswegen. Zentralbl. für Bakteriol. 1. Abt. Bd. 56. H. 5/6.
76. Ueber die Wirkung des Ehrlich-Hata'schen Mittels 606 auf die Mundspirochäten. Deutsche med. Wochenschr. No. 46. 1910.
77. Nochmals Goethe's Leipziger Krankheit. Berliner Klinik. No. 31. 1910.
78. Weitere Mitteilungen über die Spirochäten der Mundrachenhöhle und ihr Verhalten zu Salvarsan. Deutsche med. Wochenschr. No. 51. 1910.
79. Ueber das Sklerom, insbesondere in Ostpreussen im Jahre 1910. Passow-Schäfer-Beiträge. Bd. 4. H. 1/2.
80. Die nicht spezif. ulzerös. Erkrankungen der Mundrachenhöhle und Salvarsan. Münchener med. Wochenschr. No. 9. 1911.
81. Die Wirkung des Salvarsans auf Syphilis der oberen Luftwege, Sklerom, Plaut-Vincent'sche Angina und Skorbut. Arch. f. Laryng. Bd. 24.
82. Nebenhöhlensyphilis und Nebenhöhlenkomplikationen. Zeitschr. f. Laryng. Bd. 4. 1911.
83. Unser Wissen und Nichtwissen von der Plaut-Vincent'schen Angina. Zeitschr. f. Laryng., Rhin. u. ihre Grenzgebiete. 1911.
84. Lupusbekämpfung und Nasenvorhof. Münchener med. Wochenschr. 1911.
85. Ueber Spirochäten und Spirochätosen der oberen Luft- und Verdauungswege. Virchow's Arch. f. path. Anat. Bd. 207. 1912.

86. Die Behandlung der Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten mit Salvarsan und anderen Arsenmitteln. Ref. erstattet auf dem internat. med. Kongress in London. August 1913.
87. Tumoren des Hypopharynx. Zeitschr. f. Laryng. Bd. 6.
88. Unsere bisherigen Erfolge mit Salvarsan bei den lokalen Spirochätosen der oberen Luftwege. Münchener med. Wochenschr. 1913.
89. Vergrössernder anastigmatischer Vorhofspiegel.
90. Stirnhöhleneiterung. Demonstration. Verein f. wissensch. Heilkde. 5. Aufl.
91. Ueber das Verhalten der Epiglottis bei Tuberkulose des Larynx. Russisch.
92. Fall von kombinierter Kehlkopflähmung. Verein f. wissensch. Heilkde. März 1914.
93. Ueber den primären Schleimhautlupus. Sitzung des Lupusausschusses für Deutschland. Berlin. Oktober 1913.
94. Zur Pathologie der Trachea. Zeitschr. f. Laryng.
95. Syphilis der Unschuldigen. Kabitzsch. 1914.
96. Histologie des Schleimhautlupus. Arch. f. Laryng. und Demonstration des Vereins der Laryngologen. 1914.
97. Schussverletzungen der oberen Luftwege.
98. Die intrapharyngeale Chirurgie des Nasenrachenraums. Handb. d. spezif. Chir. des Ohres.
99. Beobachtungen am Kriegslazarett. Zeitschr. f. Laryng. 1916.
100. Untersuchung der Mundrachenhöhle. Med. Klinik. 1917.
101. Verein f. wissensch. Heilkde. Demonstration und Untersuchung der Mundhöhle. Zur Kenntnis der Kehlkopftuberkulose. Deutsche med. Wochenschr. No. 20. 1917.
102. Ueber die sog. tuberkulöse Perichondritis des Kehldeckels. Arch. f. Laryng. Bd. 31. 1917.
103. Weitere Beiträge zur Antritis dilatans. Zeitschr. f. Laryng. Bd. 8. 1918.
104. Ueber Heiserkeit. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 21. 1918.
105. Ueber Grippe in den oberen Luftwegen. Verein f. wissenschaftl. Heilkunde. Deutsche med. Wochenschr. No. 4. 1919.

II. Referate.

a) Allgemeines, obere Luftwege.

1) **Scharz. Der praktische Arzt und die Ohren-, Nasen- und Halskunde.** *Passow's Beiträge. Bd. 12. S. 34.*

Verf. verlangt eine bessere Ausbildung des praktischen Arztes in unserem Spezialgebiet, und versucht an Hand einiger typischer Beispiele den Beweis zu erbringen, wie ungemein wertvoll es für den allgemeinen Praktiker wäre, auch auf diesem Spezialgebiet einigermassen sich auszukennen.

Ob nun mit den vom Verf. am Schlusse seiner Arbeit gemachten Vorschlägen, dahingehend, dass die Ohren-, Nasen- und Halskunde Prüfungsfach und jeder

Mediziner 8 Wochen in dieser Disziplin praktisch ausgebildet werde, wirklich das Fehlende eingeholt wird, halten wir für fraglich. Und erst recht nicht einig gehen können wir mit dem Verf., wenn er den Standpunkt vertritt, submuköse Septumresektion und Tonsillektomie sollte jeder praktische Arzt ausführen können.

SCHLITTLER.

2) **P. Stenger. Ueber die chirurgischen und oto-chirurgischen Indikationen bei der Behandlung von Erkrankungen des Gehörorgans, der Nase und der Nasennebenhöhlen, in besonderer Berücksichtigung der kriegschirurgischen Erfahrungen.** *Passow's Beiträge. Bd. 12. S. 104.*

Jede im Gebiete des Gehörorgans oder der oberen Luftwege ausgeführte Operation bedarf genauester Indikation, eine aus mangelhafter Indikation technisch noch so gut ausgeführte Operation ist fehlerhaft. Nur der spezialistisch ganz durchgebildete Facharzt ist in der Lage, zu entscheiden, ob die Operation wirklich nötig ist, und wie sie ausgeführt werden soll, und so erklären sich denn auch die vielen Misserfolge der chirurgischerseits vorgenommenen Operationen im Gebiete des Ohres und der oberen Luftwege.

Gerade die Kriegsverletzungen haben bewiesen, dass die gesamte Kopfchirurgie in innigem Zusammenhang steht mit dem Höhlensystem der Kopfknochen, deren operative Behandlung nicht in das eigentliche Gebiet der Chirurgie fällt. Es hat sich bei der Behandlung der Kriegsverletzungen je länger je mehr gezeigt, dass die örtliche Wundbehandlung nicht als die Hauptsache zu betrachten ist, sondern dass es ebenso sehr der Berücksichtigung und Feststellung bedarf, ob die Verletzung die an die Schädelkapsel angrenzenden Höhlen lädiert und damit ein Infektionsweg zum Gehirn und seinen Häuten geschaffen worden ist. Dazu bedarf es aber wieder der Fachausbildung, und es besteht daher die alte Forderung, dass bei allen schwereren Kopfverletzungen der Spezialarzt rechtzeitig zur Begutachtung bzw. Behandlung zugezogen werden soll, neuerdings zu Recht.

Eine Kasuistik von 12 entsprechenden Fällen bildet eine treffliche Ergänzung zu den äusserst lesenswerten Ausführungen von Stenger. SCHLITTLER.

3) **Thost. Schleimhautpemphigus.** Aerztlicher Verein zu Hamburg, Sitzung vom 4. Februar 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 17. S. 477. 1919.*

Pemphigus ist kein Krankheitsbegriff, sondern nur eine Bezeichnung für ein Symptom, das ganz verschiedenen Krankheitsformen angehören kann, ebenso wie die Bezeichnung Gelbsucht. Verf. hat 2 Formen abgrenzen können, bei beiden besteht Blasenbildung auf den Schleimhäuten.

1. Eine mehr akute Form, die oft nach wenigen Wochen, öfter nach Monaten sicher durch Erschöpfung zum Tode führt. Die Nachschübe kommen immer häufiger, die befallenen Bezirke sind immer ausgedehnter, meist wird bald auch die äussere Haut befallen. Bei grossen Substanzverlusten tritt Fieber auf, das im Beginn meist fehlt. Die abgestossenen geplatzten Blasen kleben aneinander, die Schleimhaut reisst in Fetzen ab.

Anatomisch findet sich zwischen Mukosa und Submukosa eine dicke, serofibrinöse Schicht. Spezifische Bakterien fehlen. Pemphigus vulgaris, foliaceus, vegetans der Literatur.

2. Eine mehr chronische Form mit kleinen, hellen Blasen, ohne Fieber verlaufend, sich auf viele Jahre erstreckend und eine Schrumpfung und Fältelung der Schleimhaut bewirkend. Es findet sich dabei regelmässig ein Pemphigus conjunctivae.

Die Schleimhautschrumpfung in den oberen Luft- und Speisewegen wird meist übersehen oder falsch gedeutet. Es kommt zu Verwachsungen in der Nase, zu Tubenverwachsung, zu Schrumpfung und Verkürzung der Uvula, zu Narbenbildung und Schrumpfung der Epiglottis und des Kehlkopfeingangs. Auch der Oesophagus verengt sich. Schluckbeschwerden treten auf.

Die bei Pemphigus oft beobachteten Magen- und Darmerscheinungen (Ileus) erklären sich durch Teilnahme der Speiseröhren-Magen-Darmschleimhaut.

Anatomisch fand sich in Herden starke Bindegewebsbildung zwischen Mukosa und Submukosa. Bakterielle Ursache ist sicher auszuschliessen. In frischen Blasen fanden sich überhaupt keine Bakterien. An sich führt die Krankheit nicht zum Tode. Ausführliche Publikation im Archiv f. Laryngol., Bd. 28 u. 31.

R. HOFFMANN.

4) **James J. King** (New York). **Weitere Beobachtungen über Halsinfektionen mittels des Connellan-King Diplococcus. (Further observations on the Connellan-King diplococcus threat infections.)** *Journ. Amer. med. assoc. 13. Januar 1917.*

Nach Beschreibung des Diplokokkus konstatiert K. die häufige Anwesenheit desselben in den Krypten der Tonsillen und in den Zahnwurzeln arthritischer Patienten. Die Gefahr einer allgemeinen Sepsis bei einer einfachen Tonsillitis und noch mehr nach einer Tonsillektomie ist in solchen Fällen eine grosse. Er empfiehlt daher die Anwendung einer autogenen Vakzine, und zwar bis jede Infektion beseitigt ist.

FREUDENTHAL.

5) **C. E. Benjamins**[1]). **Untersuchungen über die „Entamoeba buccalis" in Pharyngologie und Rhinologie. (Ricerche sulla „Entamoeba buccalis" in faringologia e in rhinologia.)** *Arch. Ital. di otologia. Vol. XXX. No. 2. 1919.*

Verf. hat untersucht 122 gesunde und kranke Zähne bei 116 Individuen. Darunter waren 41 Fälle von Pyorrhoe mit nur 6 negativen und 81 Zähne ohne Pyorrhoe mit 47 negativen Untersuchungsergebnissen.

Mit dem Alter stieg die Anzahl positiver Befunde. Mit Karies hat die Amöbe nichts zu schaffen; ob bei der Pyorrhoe der Zusammenhang ein ätiologischer oder ein teleologischer ist, bleibt dahingestellt. Für die letztere Ansicht sprechen sehr viel Tatsachen.

Tonsille: Untersucht 64 Fälle mit 14 positiven Befunden, aber nur 10mal wurden die Amöben in grosser Anzahl gefunden. Hiervon war 6mal die Tonsille gesund und 4mal erkrankt.

Adenoide Vegetationen: 30 Fälle, alle negativ.

---

1) Da Verf. glaubt, dass das in der Juli-Nummer des Zentralblattes unter Nr. 31 abgedruckte Referat den Inhalt seiner Arbeit nicht richtig wiedergibt, so haben wir seinem Wunsche folgend dieses Autoreferat aufgenommen.

Eiter aus dem Mittelohr (noch nicht behandelte Fälle): 23 Fälle (akute und chronische), alle negativ.

Eiter aus dem Oberkieferhöhlenempyem: 12 Fälle, wovon 8 dunkelen Ursprungs, mit Amöbenbefund in der Mundhöhle. Alle negativ.

Eiter aus dem Stirnhöhlenempyem: 4 Fälle, sowie Nasensekret bei akuten und chronischen Rhinitiden 10 Fälle; alle negativ.

Schlussfolgerungen: Die Amöbe kommt selten ausserhalb der Mundhöhle vor und wurde nur noch in der Tonsille gefunden, in die sie auf mechanischem Wege gelangt sein kann. Die pathologische Bedeutung ist sehr fraglich, es besteht bis jetzt keine Veranlassung für die Rhino-Laryngologen, die Amöben zu bekämpfen. (Selbstbericht.)

6) **Wolff Freudenthal** (New York). **Aussergewöhnliche Fälle von Blutungen aus Nase und Hals nebst Bemerkungen über die Aetiologie gewisser Infektionskrankheiten. (Remarcable instances of hemorrhage from the nose and throat, with remarks on the etiology of certain infectious diseases.)** *Internat. Journ. of surgery. Februar 1917.*

Bei einer 41 jährigen Patientin entfernte Verf. eine leichte Exostose des Septums. Erst 5 Jahre später wurde die Exostose auf der anderen Seite in der einfachsten Weise gleichfalls entfernt. Es trat aber dieses Mal eine Blutung ein, die über 4 Stunden dauerte, und scheinbar durch nichts zu stillen war. Nach dreistündigen Versuchen trat plötzlich Blut durch den Ductus naso-lacrym. in das Auge, und eine Stunde später sistierte die Blutung nach einem Ohnmachtsanfall. Pat. genas. Der zweite Fall betraf eine Frau, die Verf. seit mehr als 20 Jahren kennt, und die seitdem an heftigen Blutungen aus dem Nasenrachenraum, die scheinbar ohne jeden Grund wiederkehren, leidet. Nach jedem Anfall zeigt Pat. starke Zeichen von Anämie. Keine Lues und keine Tuberkulose vorhanden. Verf., der vor vielen Jahren auf den Retropharynx als Eingangspforte für Infektionskrankheiten hinwies, glaubt, dass diese Blutungen hier vielleicht eine Ansiedelung von Tuberkelbazillen verhüteten. (Selbstbericht.)

7) **Wolff Freudenthal** (New York). **Bronchialasthma. (Bronchial asthma.)** *New York med. journ. 6. Januar 1917.*

Historische Abhandlung über das Asthma, das zuerst gründlich beschrieben wurde von Aretaeus von Kappadocien. Es werden dann die Arbeiten von Galen und dessen Einfluss auf die Medizin, ferner die arabische Schule, besonders die Arbeit von Maimonides erwähnt, um dann den Einfluss der grossen Entdeckungen und leitenden Ideen in der Medizin auf die Erkenntnis des Wesens vom Bronchialasthma zu erörtern. Zu diesen gehören die Entdeckung der Zirkulation des Blutes, die Auskultation und Perkussion und schliesslich die Humoralpathologie. Eine interessante Epoche bildet die Mitte des vorigen Jahrhunderts, zu welcher Zeit die Preisschrift von Bergson in Nordhausen und die klassische Arbeit von Henry Hyde Salter in London erschien.

Später setzte der Einfluss Hack's ein mit der Periode der Reflexneurosen, deren einzelne Phasen alle vom Verf. miterlebt und — fast möchte man sagen —

miterlitten wurden. Die neueste Zeit gab uns die endobronchiale sowie die anaphylaktische Behandlung. (Selbstbericht.)

8) **Wolff Freudenthal** (New York). **Beiträge zur Therapie des Bronchialasthmas. (Contributions to the therapy of bronchial asthma.)** *The New York State Journ. of med. Dezember 1916.*

Der Hauptsitz der Krankheit ist zweifellos in den Bronchien. Doch gibt es genug periphere Reize, die eine Attacke hervorrufen können, und diese müssen in erster Reihe entfernt werden. So von der Näse aus. Eine Untersuchung der Nase ganz zu unterlassen, ist ein grober Fehler, aber ebenso scharf zu tadeln ist operatives Vorgehen bei leichten Verbiegungen des Septums oder dergl. Solche unnötige Operationen bringen die Laryngologie nur in Misskredit und schaden dem Patienten. Auch ein pharyngeales Asthma ist beschrieben worden. Das wichtigste aber ist das reine bronchiale Asthma. (Die Ansicht des Verf.'s über diesen Punkt ist bereits im Archiv f. Laryngol., Bd. 29, H. 3, niedergelegt worden.) Auf Grund dieser letztgenannten Ausführungen bereitete Iscowitz aus New York, der leider vor kurzem verstorben ist, ein Serum, das er in die Bronchien injizierte und mit dem anscheinend gute Erfolge erzielte. Es wird dann die anaphylaktische Behandlung besprochen, sowie die lokale medikamentöse und faradisch-galvanische Behandlung.

Auch experimentell versuchte Verf. einige dieser Probleme zu lösen. A priori sollte man die Einführung des Ephraim'schen Sprays bis in die tieferen Teile für nutzlos halten, da man dies, wie manche behaupten, schon durch Injektionen in den Larynx erreichen könnte. Dies ist aber nicht richtig, denn 1. haben Experimente ergeben, dass, wenn man einen Katheter in die Trachea eines Tieres einführt, eine Konstriktion der tieferen Teile eintritt; 2. um lobäre Pneumonie zu erzeugen, muss man den Katheter möglichst tief einführen und die Flüssigkeit dort injizieren. Wenn man den Katheter nur gerade bis jenseits der Glottis einführt, werden die Lungen selten affiziert. Daraus lässt sich schliessen, dass ein schützender Mechanismus vorhanden ist, der normalerweise die tieferen Teile abschliesst, wenn Fremdkörper nahe gebracht werden. Um diesen physiologischen Schutz zu beseitigen, muss man Medikamente usw. bis in die tieferen Teile einbringen. Verf. benutzte zur Injektion Acid. tannic., Chlorzink, Hamamelis und Jodkalium. Es wurden verschiedene isotonische Lösungen benutzt.

(Selbstbericht.)

9) **C. R. Zener** (White Salmon, Wash.). **Pferdeasthma. (Horse asthma.)** *Journ. Amer. med. assoc. 17. März 1917.*

Bericht eines geheilten Falles nach Injektionen von normalem Pferdeserum. Zuerst wurden 25 ccm und dann 12 ccm intravenös injiziert, darauf 25, 40 und 60 ccm subkutan.

FREUDENTHAL.

10) **O. Körner. Beiträge zur Kenntnis der Fremdkörper in den Luftwegen.** *Passow's Beiträge. Bd. 12. S. 180.*

Verf. legt sich die Frage vor, warum Fremdkörper aus der Nase nicht in die tieferen Luftwege geraten, welchen Vorgang er in der

Literatur nur ein einziges Mal erwähnt findet bei Moritz Schmidt. Er glaubt den Grund dafür gefunden zu haben in der Reflexhebung des Gaumensegels, die eintritt, sobald der Fremdkörper seine Rückseite berührt. Dieser Reflex verhindert ein unbemerktes Hinabgleiten von Nasenfremdkörpern in die tieferen Luftwege, die Fremdkörper (auch abgetragene Rachenmandeln) werden verschluckt oder ausgespuckt.

Der zweite Teil der Arbeit handelt von dem Mechanismus des Eindringens von Fischschwanzwirbeln in den Kehlkopf und über ihre typische Lokalisation daselbst. Die Beschaffenheit genannter Fremdkörper — Wirbel mit zwei langen grätenförmigen Dornfortsätzen — bedingt nun ein Steckenbleiben im subglottischen Raum, wo die Dornfortsätze an die Innenwand der starren Trachealröhre anstossen, während weiter oben die beweglichen Teile des Schlundes, der Taschen- und Stimmbänder den Fremdkörper immer tiefer hinabgestossen haben.

Kasuistik von 2 entsprechenden Fällen. SCHLITTLER.

11) **W. Albrecht** (Tübingen). **Ueber Fremdkörper in den Luftwegen.** *Württemb. med. Korresp.-Blatt. No. 44/45. 1919.*

a) $2^1/_2$ jähr. Junge, Schwanzwirbel eines kleinen Herings aus dem rechten Morgagni'schen Ventrikel mittels direkter Endoskopie entfernt. b) 2 jähr. Junge, Stück einer Haselnussschale hatte ein halbes Jahr im Kehlkopf gelegen, war tracheotomiert worden, die Ursache der plötzlich eingetretenen Larynxstenose war nicht erkannt worden. c) 25 jähr. Mann, vor 5 Monaten beim Essen von Nudelsuppe ein Knochenstück aspiriert, Entfernung mit der Krallenzange mit Hilfe der Bronchoskopie. d) $2^1/_2$ jähr. Kind, Apfelstück im linken Hauptbronchus. e) Soldat, Knochenstück im rechten Hauptbronchus. f) 3 jähr. Knabe, Bleistifthülse im rechten Hauptbronchus. g) 4 jähr. Knabe, metallener Bleistiftknopf im rechten Hauptbronchus. h) 3 jähr. Knabe, Zigarrenspitze im rechten Hauptbronchus, Tracheotomie, untere Bronchoskopie, Entfernung des Fremdkörpers. Bei aspirierten Bohnen wird prinzipiell die Tracheotomie gemacht, und der Fremdkörper mit unterer Bronchoskopie entfernt. SEIFERT

12) **Chevalier Jackson** (Pittsburgh, Pa.). **Mechanische Probleme bei der bronchoskopischen und oesophagoskopischen Entfernung von Fremdkörpern. (Mechanical problems of bronchoscopic and esophagoscopic foreign body extraction.)** *Journ. Amer. med. assoc. 27. Januar 1917.*

Die Ursachen, die häufig zu Fehlgriffen führen, sind: 1. Das rücksichtslose Herausziehen von Fremdkörpern, ohne die mechanischen Hindernisse genau erwogen zu haben. Eine hohe Mortalität ist die Folge davon. 2. Solche Versuche bringen häufig den Fremdkörper gar nicht zutage. 3. Dieselben machen weitere Versuche nur um so schwieriger oder gar unmöglich.

J. war bei 543 unter 550 Fällen erfolgreich, und schreibt das folgenden Umständen zu: Die Wichtigkeit kleiner Röhren, nachdem einmal die Diagnose gestellt ist, kann nicht überschätzt werden. Die Möglichkeit, laterale Bewegungen zu machen, ist, wie aus den schematischen Darstellungen ersichtlich ist, nur bei

kleinen Röhren gegeben, und bedeutet den wichtigsten Schritt zum Erfolge. Ferner sind die Bewegungen des Fremdkörpers, wie sie durch Husten, durch die Respiration und Pulsation bedingt sind, sehr in Betracht zu ziehen.

Um nun die mechanischen Probleme zu lösen, empfiehlt J. folgende Massnahmen:

1. Das Studium der Röntgenbilder. In $^2/_3$ seiner Fälle konnte J. sich durch diese Bilder nicht nur eine genaue Vorstellung schaffen über die Lage und Grösse der Fremdkörper, sondern er konnte auch einen genauen Plan zur Entfernung derselben vorbereiten. In anderen Fällen, wo die Fremdkörper durchgängig für die Röntgenstrahlen waren, konnte man an den Folgeerscheinungen die Anwesenheit eines Fremdkörpers voraussetzen.

2. Nachdem man gute laterale und sagittale Röntgenogramme studiert, die die Grösse, Gestalt und Lage des Fremdkörpers geben, kann man sich unter Berücksichtigung der Anamnese einen Plan zur Extraktion vorbereiten, der in den meisten Fällen zum Ziele führen wird. Wo aber vorher indiskrete Versuche zur Entfernung gemacht worden waren, da hilft nichts als

3. das endoskopische Studium des Falles. Man nähere sich dem Fremdkörper endoskopisch sehr vorsichtig, ohne dass das Tubenende oder ein Schwamm den Fremdkörper berühren, ehe die Lage, Form usw. des Fremdkörpers genau erkannt ist. Unvorsichtiges Manövrieren kann denselben weiter in die Tiefe stossen. Im Larynx operiere man nur mit herabhängendem Kopfe. Zum Schluss werden noch die verschiedenen Fremdkörper und deren mechanische Probleme einzeln besprochen und Anleitung zur Entfernung derselben gegeben. FREUDENTHAL.

13) **Richard H. Johnston** (Baltimore, Md.). **Einige neue bronchoskopische und ösophagoskopische Fälle. (Some recent bronchoscopic and esophageal cases.)** *Amer. Journ. of surgery. März 1917.*

J. tritt von neuem für seine Methode der Untersuchung ein, die darin besteht, dass der Patient auf dem Rücken liegt mit dem Kopf direkt auf dem Tisch, d. h. ohne Flexion oder Extension. Bei Kindern unter 8 Jahren gibt er keinerlei Anästhesie. Der untersuchende Arzt steht entweder links vom Patienten oder sitzt am Kopfende des Tisches. Mehrere sehr interessante Fälle werden zur Erläuterung dieses Verfahrens näher beschrieben. FREUDENTHAL.

14) **W. Wayne Babcock** (Philadelphia, Pa.). **Die Zerstörung von Angiomen und anderen Neoplasmen durch Injektion von harnsaurem Chinin. (The destruction of angioms and other new growths by the injection of quinine and urea hydrochloride.)** *New York med. journ. 5. März 1917.*

Fussend auf den Erfahrungen von Watson (Journ. Amer. med. assoc., 10. Januar 1914 und 25. September 1915) fand B. eine ausgedehnte Nekrose in den Gefässen der Thyreoidea 48 Stunden nach der Injektion einer 33proz. Lösung von harnsaurem Chinin, und versuchte dieses auch bei einem Angioma cavernosum an der Innenseite der Wange. Es folgte vollständiges Verschwinden des Tumors. Bei inoperablen, malignen Neoplasmen, besonders solchen im Nasenrachenraum, wäre diese Methode wohl zu versuchen.

Als nicht wünschenswert sind bei derselben zu betrachten: Der anfängliche intensive Schmerz nach der Injektion, das ausgesprochene sekundäre Oedem, das langsame Verheilen des resultierenden Geschwürs, die Induration der Narbe und schliesslich ernste Folgen einer Idiosynkrasie gegen Chinin. Von Vorteil sind: Die Intensität der Nekrose, die sekundäre, langdauernde Anästhesie, die geringe Toxizität und die Bequemlichkeit der Injektion. FREUDENTHAL.

15) **Ralph B. Bettman** (Chicago, Ill.). **Ein einfaches Operationsfluoroskop. (A simple operating fluoroscope.)** *Journ. Amer. med. assoc. 24. März 1917.*

Das Neue dieses Hilfsmittels zur Entfernung metallener Fremdkörper besteht darin, dass ein pyramidenförmiges Fluoroskop, das in Wien, wo Verf. seine Erfahrungen sammelte, Krystoskop genannt wird, um den Kopf eines Assistenten geschnallt wird. Der letztere dirigiert dann durch das Fluoroskop die Inzision und weiteren Schritte des Operateurs. Wo kein Assistent zu haben ist, kann der Operateur selbst das Fluoroskop benutzen. (Zweifellos dürfte diese Methode sich auch für die Zwecke des Laryngologen verwerten lassen. Ref.)

FREUDENTHAL

16) **L. Dufourmentel. Allgemeine Narkose durch Pharynxintubation mittels des Apparates von Delbet. (L'anesthésie générale par intubation pharyngée au moyen de l'apparail de Delbet.)** *La Presse médicale. 22. September 1919.*

Beschreibung eines 1905 von Delbet der Société de chirurgie demonstrierten und in Vergessenheit geratenen Apparates zur peroralen Tubage, den Verf. bei Operationen am Halse und im Gesicht für ausgezeichnet befunden hat.

FINDER.

b) Nase und Nasenrachenraum.

17) **H. Ziegler** (Winterthur). **Ueber Störungen der Geruchs- und Geschmacksempfindung.** *Monatsschr. f. Unfallheilkde. H. 9/10. 1919.*

Verf. teilt 10 Fälle von Störungen des Geruchs bzw. Geschmacks nach Traumen mit, und gibt in jedem Fall die Schätzung der Erwerbseinbusse in Prozenten an. Nur in 2 von den 10 Fällen hatte eine „genauere" Prüfung stattgefunden. (Aber auch diese Prüfung war keine genaue im Sinne der Olfaktometrie. Ref.) FINDER.

18) **Joseph. Vorschläge zum weiteren Ausbau der Gesichtsplastik, insbesondere der Nasenplastik.** *Passow's Beiträge. Bd. 13. S. 244.*

Verf. bespricht 1. die Analyse der Gesichts- und speziell der Nasendeformitäten, worunter er die genaue Eintragung der Grösse, der Gestalt und der Lage eines Defektes in ein normales Schema versteht; 2. die Rhinoplastik aus der lateralen Wangenhälfte; 3. die rhinomiotische Defektplastik (Korrektur eines Nasendefektes auf dem Wege der Nasenverkleinerung ohne Ersetzen des fehlenden Teiles) und 4. die Z-förmige Schnittführung zur Vertauschung der Lage zweier benachbarter Hautstellen. Figuren. SCHLITTLER.

19) **John Leshure** (New York). **Septumblutungen; ihre Heilung durch Emporheben der Schleimhaut. (Septal hemorrhage; its cure by submucous elevation.)** *Amer. Annals of surgery. März 1917.*

In Fällen, die der gewöhnlichen Behandlung widerstehen, und in solchen, die mit chronischer Krustenbildung und Blutungen einhergehen, sowie endlich bei Blutungen von Kindern, die sich der gewöhnlichen Behandlung widersetzen, wendet L. das folgende Verfahren an: Die Septumschleimhaut wird möglichst nach vorne und unten inzidiert, und die Mukosa emporgehoben. Darauf komprimiert er die blutenden dünnwandigen oberflächlichen Gefässe zwischen den Branchen einer Zange, und bringt die Schleimhaut wieder an ihren Platz zurück. Darauf Tamponade mit in Oel getränkter Gaze.

FREUDENTHAL.

20) **B. Oertel** (Düsseldorf). **Beiträge zur Thrombose des Sinus cavernosus.** *Passow's Beiträge. Bd. 13. S. 183.*

Zwei Todesfälle von Sinusthrombose, der eine im Anschluss an einen Nasenfurunkel, der andere anschliessend an eine Rasiermesserverletzung, geben Verf. Veranlassung, sehr eingehend auf die Anatomie der Nase, der Orbita, der Fossa pterygopalatina und der Sella turcica einzugehen.

Im ersten Falle hält es Verf. nach den klinischen Symptomen und der Obduktion für ziemlich sicher, dass die Infektion ihren Weg nach der Flügelgaumengrube genommen, und von dort aus auf venösem oder lymphatischem Wege den Sinus cavernosus erreicht hat. Beim zweiten Patienten war es wahrscheinlich durch Vermittelung der Venae temporales profundae zu einer Phlebitis des Plexus pterygoideus und von da aus zu einer Fortleitung in die Vena ophthalmica superior und den Sinus gekommen.

SCHLITTLER.

21) **Röhr. Die Behandlung der Ozaena durch Verengerung der Nasenhöhle.** *Passow's Beiträge. Bd. 12. S. 185.*

Verf. bespricht die verschiedenen geübten Methoden zur Heilung der Ozaena mittels Verengerung der Nase, und setzt namentlich den Entwicklungsgang sowie die Vor- und Nachteile der Paraffinbehandlung auseinander. Viel zuverlässiger in ihrem Erfolg wie die Paraffininjektion ist die Paraffinimplantation, und geht Röhr folgendermassen vor: In Lokalanästhesie Schleimhautschnitt, ähnlich wie bei der Kieferhöhlenoperation nach Caldwell-Luc, beide Aperturae piriformes umkreisend, Abheben der Schleimhaut vom Nasenboden und zum Teil auch noch von der angrenzenden Septumpartie. Einlegen von kleinen Paraffinstückchen in den so entstandenen Sack, Naht der Schleimhautwunde. Wichtig ist, eine Perforation des Schleimhautblattes zu vermeiden, da eine solche sehr leicht zur Ausstossung des Paraffins führt.

SCHLITTLER.

22) **Herzfeld. Zur Behandlung der Hydrorrhoea nasalis mit Eumydrin.** *Passow's Beiträge. Bd. 12. S. 19.*

Verf. empfiehlt angelegentlich, zur Behandlung der genuinen oder essentiellen Rhinorrhoe das Eumydrin zu versuchen, ein Atropinpräparat der Elberfelder Farbfabriken, welches wohl die peripheren Wirkungen des Atropins besitzt, aber eine nur sehr geringe Einwirkung auf das zentrale Nervensystem aufweist.

Die Anwendung geschieht in 1 prom. Lösung, 3 mal tägl. 20—30 Tropfen, oder in Pillen. Herzfeld ging dabei nie über 2 mg pro dosi und 6 mg pro die hinaus, doch sind auch schon um ein Vielfaches höhere Dosen anstandslos ertragen worden. SCHLITTLER.

23) **Krummbein. Schussbruch des Oberkiefers mit einseitiger Hör- und Labyrinthstörung.** *Passow's Beiträge. Bd. 12. S. 208.*

Der Titel orientiert über den Inhalt der Arbeit; ob man nach den Erscheinungen, welche der Patient kurz nach der Verletzung geboten, und gestützt auf das Resultat der funktionellen Prüfung des Kochlear- und Vestibularapparates berechtigt ist, neben der Hörstörung infolge Läsion der Tube auch noch eine Labyrinthläsion anzunehmen, erscheint dem Ref. fraglich. SCHLITTLER.

24) **Lange. Ueber Heilungsvorgänge nach Operationen an den Nasennebenhöhlen.** *Passow's Beiträge. Bd. 13. S. 1.*

Ausgangspunkt für die interessante Arbeit von Lange bildet die von Kretschmann vorgeschlagene Methode der Stirnhöhlenoperation (vgl. Passow's Beitr., 1917, Bd. 9, S. 345) mit Ausräumung der erkrankten Schleimhaut von einer in der frontalen Wand angelegten Oeffnung aus, unter Verzicht der Herstellung eines freien Zuganges zur Nase. Kretschmann stützt sich bei seinem Vorgehen auf experimentelle Untersuchungen von Ssamoylenko (vgl. Archiv f. Laryngol., 1913, Bd. 27, S. 137), nach welchen die Stirnhöhlen von Katzen und Hunden 6 Monate nach Entfernung der Schleimhaut durch Knochenneubildung verödet waren.

Lange hat nun die Versuche Ssamoylenko's nachgeprüft, und 19 Stirnhöhlen bei Katzen und Hunden operiert. Die nach 2—185 Tagen vorgenommene Sektion und die mikroskopische Untersuchung der betreffenden Stirnhöhlen ergab in den späteren Stadien eine völlige Ausfüllung der Höhle durch Bindegewebe und Knochen, ausgehend namentlich vom Endost. Letzteres war immer erhalten, auch bei gründlichster Entfernung der Schleimhaut.

Angewandt auf die operative Behandlung der Nebenhöhleneiterung ergibt sich also einmal, dass die Entfernung der Schleimhaut die Heilungsergebnisse eher verbessert, bildet diese doch nicht selten Grund zur Retention, indem eiternde Hohlräume entstehen, allseitig umschlossen von dem neuen Gewebe. Des weiteren wird bewiesen, dass zur Ausfüllung der Höhle das Periost nicht nötig ist, ebensowenig ein Ausfüllen der Höhle mit Weichteilen. Erlauben es also die Verhältnisse, die Stirnhöhle gründlich auszuräumen unter Erhaltung der vorderen Wand, so sind die Heilungsaussichten eines solchen Vorgehens sicher absolut günstig. Hingegen glaubt Lange im Gegensatz zu Kretschmann auf die Herstellung eines freien Zuganges zur Nase nicht verzichten zu sollen zur Sicherung des Abflusses der Wundsekrete bis zur Ausfüllung der Höhle. SCHLITTLER.

25) **G. M. Coates** (Philadelphia, Pa.). **Die Chirurgie der Nebenhöhlen. (The surgery of the nasal accessory sinuses.)** *New York med. journ. 7. April 1917.*

Operationen an den Nebenhöhlen kann man in 2 Klassen einteilen: Solche, bei denen nur freie Drainage und Ventilation hergestellt werden sollen mit der

Hoffnung, dass die Schleimhaut sich von selbst wieder regeneriert, und 2. solche, bei denen eine vollständige Zerstörung alles Erkrankten nebst Obliteration der Höhle erstrebt wird. Während der letzten beiden Jahre, meint Verf., sei nichts von Bedeutung erschienen (Ausfall der deutschen Literatur? Ref.), aber alles deute auf eine mehr konservative Neigung hin. Dafür legen die nicht chirurgischen Methoden nach Coffin, Harmon Smith und Mac Winnie Zeugnis ab. Es wird dann die Eröffnung der Stirnhöhlen nach Lothrop besprochen, und in sehr ausführlicher Weise die intranasale Eröffnung nach Freer. Als Ursachen für Misserfolge gibt Verf. an: Die Wahl einer für den speziellen Fall unrichtigen Methode, ferner unvollständige Operationen, und endlich die Nachbehandlung, die besonders bei ambulatorischen Patienten manches zu wünschen übrig lässt.

FREUDENTHAL.

26) **Boenninghaus. Pneumatozele der Stirnhöhle nach Mukozele.** *Passow's Beiträge. Bd. 13. S. 41.*

Verf. hat bereits 1910 (vgl. Passow's Beitr., Bd. 111, S. 116) darauf hingewiesen, dass bei Schleimansammlung in der Stirnhöhle, Mukozele, der sonst helle Perkussionsschall gedämpft wird. Ein kürzlich beobachteter und in seiner Entstehung genau verfolgter Fall von sekundärer, auf dem Boden einer Mukozele entstandener Pneumatozele gab B. Gelegenheit, neuerdings darauf zurückzukommen.

Der 20 jährige Patient suchte ärztliche Hilfe auf wegen hochgradiger Verstopfung der linken Nasenseite und häufigen Schnupfens; als Ursache derselben fand sich eine Septumdeviation, daneben aber fiel Verf. eine stärkere Ausbildung der rechten Stirngegend auf, sowie eine Schalldämpfung über der rechten Stirnhöhle. Im Laufe der nächsten 8 Jahre nahm die Prominenz über dem rechten Auge immer mehr zu, und schliesslich war die ganze rechte Stirnseite vorgebuckelt. Die Röntgenuntersuchung wies eine sehr grosse, zweikammerige rechtsseitige Stirnhöhle nach, während die linke viel schmäler war.

Kurz vor der Operation perkutierte B. nochmals die beiden Stirnhöhlen, und fand über beiden hellen Schall im Gegensatz zum früheren Befund, wo die rechte Seite gedämpften Schall ergeben hatte.

Die Operation ergab entsprechend dem Röntgenbilde eine mächtig dilatierte, aber vollständig knöcherne Höhle ohne Inhalt und mit zarter, blasser Schleimhaut.

Zur Verbesserung des kosmetischen Resultats wird die ganze Höhle mit hartem Paraffin ausgegossen. Heilung p. p.

Was die Genese der inneren Pneumatozele anbelangt, so kommen zwei Möglichkeiten in Betracht; einmal die Ausdehnung der Höhle durch die Luft infolge forcierter Exspiration bei Ventilverschluss des Ductus nasofrontalis, oder dann die Ausdehnung durch den Schleim einer früheren Mukozele. B. hält die erstere Entstehungsweise für unwahrscheinlich, jedenfalls spricht der von ihm beobachtele Fall und das mittels der Perkussion an ihm gewonnene Resultat eher für den zweiten Modus.

SCHLITTLER

27) **R. Mühsam** (Berlin). **Ueber das Ablaufen des Speichels durch die Nase.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 16. S. 436. 1919.*

M. fügt den bekannten Fällen v. Eicken's und Hinsberg's von Abfliessen

des Speichels durch die Nase im Anschluss an Kieferhöhlenoperationen einen vierten hinzu, in dem es erst nach wiederholter Operation gelang, den für den Patienten sehr lästigen Zustand, aber auch nicht vollkommen, zu beseitigen. Es sei daher zu überlegen, ob man den Ausführungsgang der Parotis operativ methodisch in die Kieferhöhle leiten solle, wie das neuerdings Wittmaack (s. das Referat in diesem Zentralblatt) zur Behandlung der Ozaena empfiehlt.

R. HOFFMANN.

28) **Benedetto Agazzi. Fraktur der Nasenwurzel mit Beteiligung des linken vorderen Siebbeinlabyrinths. (Frattura deturpante della radice del naso con interessamento del labirinto etmoidale ant. sin.)** *Arch. Ital. di otologia. Vol. XXX. H. 3. September 1919.*

Mitteilung eines mit günstigem Erfolg durch Transplantation eines Knochen-Periostlappens von der Tibia geheilten Falles.

FINDER.

29) **August L. Beck** (New Rochelle, N. Y.). **Ein aufblasbarer Gummibeutel für intranasale Zwecke. (An inflatable rubber bag for intranasal use.)** *Amer. Annals of surgery. März 1917.*

Der Beutel ist trapezoidförmig angefertigt, um sich dem Naseninnern besser anpassen zu können. Ausserdem darf er nicht aus dem Vestibulum heraushängen, noch auch in den Nasenrachenraum oder bis zur oberen Muschel reichen. Drei Grössen werden empfohlen. Am häufigsten wendet B. den Beutel an nach submukösen Resektionen (derselbe wird nach 6—12 Stunden entfernt), dann zur Kontrolle von Blutungen (Entfernung nach 12—24 Stunden, zuweilen aber früher), und schliesslich auch bei frischen Frakturen des Septum nas., hier aber unter allgemeiner Anästhesie. Der Beutel wird in die konvexe Seite gebracht, langsam aufgeblasen, und so die Fraktur zurückgebracht.

FREUDENTHAL.

30) **Kummer** (Genf). **Intrabukkale Spreizung der beiden unteren Oberkieferhälften als Voroperation zur Entfernung von Nasenrachentumoren. (Ecartement intrabuccal des deux moitiés inférieures du massif maxillaire temps préalable pour l'abord des tumeurs naso-pharyngiennes.)** XXVIII. Congrès français de chirurgie zu Paris, 6. bis 11. Oktober 1919. *La Presse médicale. 11. Oktober 1919.*

In einem Fall von Sarkom hat K. folgendes Verfahren angewandt: Inzision in der Uebergangsfalte, Blosslegung des Oberkiefers, horizontale supraalveoläre Osteotomie des Oberkiefers, Durchtrennung des Septums; Inzision in der Mittellinie des Gaumens mit Schonung der Uvula; intermaxilläre Osteotomie vom Gaumengewölbe aus; Auseinanderspreizung der beiden Oberkieferhälften; Exstirpation des Tumors. Zum Schluss wurde eine Prothese mit Gipsbinden befestigt.

FINDER.

31) **M. Jacques. Zyste des Nasenrachenraums. (Kyste de l'épipharynx.)** *Bulletin de la société médicale de Nancy. Tome V. No. 1. 1. Januar 1919.*

Junger Soldat mit typischer Facies adenoidea leidet seit mehreren Jahren an Nasenverstopfung. Beide Nasenhöhlen durchgängig. Bei postrhinoskopischer

Untersuchung findet man einen Tumor, der seinen Sitz genau entsprechend der Rachentonsille hat, von halbkugeliger Gestalt, den ganzen Raum zwischen den Tubenmündungen einnimmt und eine glatte, weissliche, von Venen durchzogene Oberfläche hat. Der Tumor erwies sich als Zyste der Luschka'schen Tonsille.

FINDER.

c) Mundrachenhöhle.

32) **v. Eicken** (Giessen). **Processus styloidei als Ursache für Schluckbeschwerden.** *Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 78. H. 152. S. 63.*

In einer sehr eingehenden Studie befasst sich Verf. mit den Beziehungen des Processus styloideus zu seiner Umgebung. Er berücksichtigt neben der sehr spärlichen laryngologischen Literatur die anatomische und untersucht 260 in der Sammlung der Giessener Anatomie vorhandene Schädel, wobei er 5 mit abnorm langen Griffelfortsätzen findet. Die Richtung dieser ist sehr verschieden. Einige zeigen knotenförmige Verdickungen. Diese dürften als die Verknöcherungsstellen anzusprechen sein, wo die schon vorhandenen verknöcherten Partien des Ligamentum stylohyoideum mit dem Basalteil sich verbinden. So ergibt sich auch ungezwungen die Erklärung, weshalb plötzlich Beschwerden auftreten können. Solange die Knochenpartien im Ligamentum frei beweglich sind, geben sie den Weichteilbewegungen nach, sobald sie aber knöchern fixiert werden — und dies kann in einem verhältnismässig kurzen Zeitraum erfolgen — drücken sie auf die Umgebung (Nervus glossopharyngeus). Das kann schon, wie einer der Eicken'schen Fälle zeigt, im dritten Dezennium erfolgen. Bei Schluckbeschwerden, die anders nicht zu erklären sind, empfiehlt sich also, nach langem Processus zu fahnden, wobei neben der Inspektion in erster Linie die Palpation heranzuziehen ist. Auch das Kehlkopfbild kann Anhaltspunkte geben.

Die Abtragung des distalen Stückes des Griffelfortsatzes gelingt unschwer. Die Gefahr einer Verletzung der grossen Gefässe ist gering.

KOTZ.

33) **Dreyer. Neuzeitliche Operation des Zungen- und Mundbodenkarzinoms.** Med. Sektion der Schles. Ges. f. vaterländ. Kultur, Sitzung vom 14. Juni 1918. *Berliner klin. Wochenschr. No. 42. S. 1012. 1918.*

Man kann auch bei ausgedehnter Operation in der Mundhöhle mit Kieferdurchsägung den gesamten Eingriff (Ausräumung der submentalen, der beiderseitigen submaxillaren, sowie der tiefen zervikalen Drüsen rechts und links und Operation im Munde) in einer Sitzung mittels etwas abgeänderter Schnittführung ausführen (s. diese im Original).

R. HOFFMANN.

34) **O. G. Kessel** (Stuttgart). **Bemerkungen zur Tonsillenbehandlung.** *Württemb. med. Korresp.-Blatt. No. 40. 1919.*

Die althergebrachte Tonsillotomie mit dem Fahnenstock-Matthieu'schen Tonsillotom wird noch lange eine bewährte und meist genügende Methode bei Kindern bleiben. Für die Indikation zur Ektomia, über welche das letzte Wort noch nicht gesprochen ist, namentlich auch in bezug auf die Anwendung für das Kindesalter, ist vor allem eine bessere Kenntnis der Physiologie der Tonsillen erstrebenswert.

SEIFERT.

35) **Peter Macdonald. Eine Methode zur Enukleation der Tonsillen, welche die Blutung verringert. (A method of enucleating tonsils, which lessens bleeding.)** *Brit. med. journ. 4. Oktober 1919.*

Verf. bedient sich der Howarth'schen Guillotine, die eine scharfe und eine stumpfe Schneide hat; er gebraucht fast immer die letztere. Er hat das Instrument etwas modifiziert. Genaue Beschreibung der am liegenden Patienten ausgeführten Operation.

FINDER.

36) **W. H. Bowen. Einige praktische Erwägungen über die Operation zur Entfernung von Adenoiden und Enukleation von Tonsillen. (Some practical considerations on the operation for removal of adenoids and enucleation of tonsils.)** *Brit. med. journ. 4. Oktober 1919.*

Für den praktischen Arzt geschriebener Artikel. Aus dem Abschnitt über Indikationen sei die Ansicht des Verf.'s hervorgehoben, dass Individuen mit Adenoiden und vergrösserten Tonsillen leicht Diphtheriebazillenträger seien. Mit der Operation der Adenoiden rät Verf. bis zum 2. Lebensjahr zu warten; früher operiert er nur, wenn Ohrlaufen oder wiederholte Ohrenschmerzen bestehen. Sind die Tonsillen nur mässig vergrössert und bestehen keine Anzeichen chronischer Erkrankung derselben, so begnügt sich Verf., wenn das Kind unter 4 Jahre alt ist, nur mit der Entfernung der Adenoiden. Das grösste Gewicht legt Verf. auf Atemübungen mit geschlossenem Munde nach der Operation. Die Nichtbeachtung dieser Regel ist die häufigste Ursache für den Misserfolg der Operation. Tonsillektomie soll wegen der Gefahr der Nachblutung frühestens einen Monat nach Ablauf einer akuten Entzündung gemacht werden. Zur Narkose verwendet er Aethylchlorid.

Verf. beschreibt genau die von ihm befolgte Methode der Tonsillenenukleation, für welche er sich des Mackenzie'schen Tonsillotoms bedient, indem mittels des Daumens die Tonsille in den Ring des Instrumentes hineinmassiert wird.

FINDER.

37) **Sir Charters J. Symonds. Die Entfernung von Tonsillen und Adenoiden. (Removal of tonsils and adenoids.)** *Brit. med. journ. 1. November 1919.*

Verf. beschäftigt sich zuerst damit, wie bei der Tonsillektomie mittels gewöhnlichen Mackenzie'schen Tonsillotoms die interpalatale Portion der Tonsille in den Ring des Instrumentes hineingedrängt wird. Die Methode der Ausschälung ist infolge der ihr anhaftenden Gefahren zur allgemeinen Anwendung nicht geeignet; Verf. hält die Guillotine für das beste Instrument. Wenn auch in den meisten Fällen die tiefste Portion der Tonsille zurückbleibt, so sieht er darin kein Unglück.

Was die Narkose anbetrifft, so hält Verf. Aether in diesen Fällen für das sicherste Mittel, und zwar wendet er es an mittels des Clover'schen Apparates.

FINDER.

38) **Irving W. Voorhees** (New York). **Resultate der Mandeloperationen bei Sängern. (Effects of tonsil operations in singers.)** *New York State Journ. of med. März 1917.*

Auf Grundlage von Anfragen, die an 500 Laryngologen und an ebenso viele Gesangslehrer gesandt waren, kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. 5000 an

Sängern vorgenommene Mandeloperationen beweisen, dass keine üblen Resultate zu erwarten sind, vorausgesetzt, dass diese Operation von geübter Seite vorgenommen wird. 2. Ueble Folgen entstehen gewöhnlich durch Narbenbildung infolge leichtsinniger Abtrennung oder fehlender Nachbehandlung. 3. Schwächung der Stimme ist möglich. Ein Verlust derselben tritt selten ein, und dann vielleicht durch eine Nervenverletzung oder durch Adhäsionen usw. 4. Kein Laryngologe sollte an Sängern operieren, der nicht gewisse Kenntnisse im Singen hat.

FREUDENTHAL.

39) **Howard Lilienthal** (New York). **Lungeneiterung nach Tonsillektomie. (Pulmonary suppuration following tonsillectomy.)** *The med. Times. Januar 1917.*

In einem kurzen Artikel erwähnt L. nochmals die im hiesigen Mt. Sinai-Hospital beobachteten 15 Fälle von Lungenabszess nach Tonsillektomien und zitiert die Ansicht von Wessler, dass gut ein Drittel aller eitrigen Lungeninfektionen von Tonsillektomien herrühren.

Mit Ausnahme eines Kindes betrafen die 15 Fälle alle Erwachsene, die unter allgemeiner Narkose operiert worden waren. L. empfiehlt daher lokale Anästhesie bei Erwachsenen.

FREUDENTHAL.

40) **R. Panse. Todesfall bei Mandelausschälung.** *Passow's Beiträge. Bd. 12. S. 51.*

Bei einem 17jährigen Mann mit Vitium cordis, der beiderseits am Unterkiefer stark geschwollene Drüsen (Submaxillarspeicheldrüsen?) aufwies, wurde eine Tonsillektomie vorgenommen, nachdem noch 4 Wochen vorher schwere Stauungserscheinungen (Lebervergrösserung) bestanden hätten. Dabei kam es angeblich bei der Ausschälung der einen Tonsille zu einer Verletzung der vergrösserten Submaxillarspeicheldrüse; Verblutung.

SCHLITTLER.

d) Diphtherie und Croup.

41) **Franz von Gröer** und **Karl Kassowitz. Studien über die normale Diphtherieimmunität des Menschen. IV. Mitteilung. Die normale Diphtherieimmunität im Kindesalter.** *Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. experim. Therapie. 28. Bd. H. 3—5. 1919.*

An der Hand von 1062 Fällen wurde zum ersten Male eine lückenlose Kurve der Häufigkeit des Vorkommens des normalen Diphtherieantitoxins bei allen Altersklassen aufgestellt. Das Studium dieser Kurve ergab, dass die höchste absolute Disposition gegenüber der Diphtherie bei den Kindern zwischen dem 1.—3. Lebensjahr besteht, dass aber auch während des Schutzminimums mit 28 pCt. geschützter Kinder zu rechnen ist, worauf eine rationelle Prophylaxe Rücksicht zu nehmen hat. Zwischen dem 15. und 18. Lebensjahr wird der ursprüngliche Immunitätsgrad von 84 pCt. wieder erreicht. Die theoretische Analyse der Kurve des Immunitätsgrades ergab mit grosser Wahrscheinlichkeit, dass ihrer Entstehung drei Faktoren zugrunde liegen: Passive, diaplazentar bezogene Immunität des Neugeborenen, autochthone und dauernde Bildung antitoxischer Serumfunktionen, nachnachweisbar um das 13. Lebensjahr beginnend, und aktive Immunisierung latent immuner Kinder zwischen dem 1. und 13. Lebensjahr. Die normale Diphtherie-

immunität wird vorläufig noch als etwas von der natürlichen Immunisierung wesentlich Verschiedenes aufgefasst.

Die intrakutane Diphtherieantitoxinreaktion ist, was ihren positiven Ausfall anbetrifft, bis zum Alter von 7 Jahren als ein fast absolut sicheres Diagnostikum des Immunitätszustandes aufzufassen. Von da an, je nach dem Alter und angewandten Toxin, weist sie mehr oder minder ausgesprochene Fehler auf.

FINDER.

42) **Robert Debré** und **Raymond Letulle. Die Schnelldiagnose des Diphtheriebazillus bei Anginen und Keimträgern. (Le diagnostic rapide du bacille diphthérique dans les angines et chez les porteurs de germes.)** *La Presse médicale. 11. September 1919.*

Verff. haben sich zwei Jahre lang der Doppelfärbung zur Erkennung der Polkörperchen bedient und kommen zu dem Ergebnis, dass diese Methode eine durchaus verlässliche sei. Niemals fehlen bei den Diphtheriebazillen die Polkörperchen ganz und andererseits haben die falschen Diphtheriebazillen niemals Polkörperchen. Von letzterer Regel gibt es nur eine unerhebliche Ausnahme, die das Bact. commune cutis betrifft.

FINDER.

43) **H. Dold. Ein Vorschlag, die Bezeichnungen „Bazillenträger" und „Dauerausscheider" durch die Bezeichnungen „Kontaktträger" und „Rekonvalenzträger" („Kontaktausscheider" und „Rekonvalenzausscheider") zu ersetzen.** Aus dem hyg. Institut der Universität Halle a. S. (Prof. Dr. P. Schmidt). *Münchener med. Wochenschr. No. 37. 1919.*

Verf. macht auf das Unlogische der bisherigen Bezeichnungen aufmerksam, denn die sog. „Bazillenträger" sind nicht bloss Träger, sondern gelegentlichrauch Ausscheider, ev. sogar Dauerausscheider von pathogenen Keimen und andere seits sind die sog. „Dauerausscheider" natürlich auch Bazillenträger. Autor beanstandet mit Recht auch die weitere Einteilung der „Dauerausscheider" in temporäre und chronische, denn ein chronischer Dauerausscheider ist eine Tautologie und ein temporärer Dauerausscheider ein Widerspruch in gedanklicher und sprachlicher Beziehung. Verf. schlägt daher vor, um den wesentlichen Unterschied von Bazillenwirten richtig zu bezeichnen, diejenigen, die durch Berührung mit Kranken und Krankheitsstoffen die betreffenden Krankheitskeime aufgenommen haben und ohne klinisch merkbar zu erkranken, die Keime nunmehr in sich beherbergen und ev. auch ausscheiden, als „Kontaktträger" zu bezeichnen, während er diejenigen, welche nach vorausgegangener Erkrankung und erfolgter Genesung die Keime weiter in sich tragen und ev. ausscheiden, als „Rekonvaleszenzträger" benennt. Der Name „Träger" bzw. „Ausscheider" wäre dann als umfassender Begriff für beide Gruppen zu gebrauchen. Autor unterscheidet demgemäss folgende Gruppen:

1. Träger (sc. Krankheitskeimträger) = eine Person, welche Krankheitskeime in sich beherbergt.

2. Ausscheider (sc. Krankheitskeimausscheider) = eine Person, welche Krankheitskeime ausscheidet.

3. Kontaktträger (Kontaktausscheider) = eine Person, welche durch Berührung mit Kranken oder Krankheitsstoffen Krankheitskeime aufgenommen hat und, ohne selbst klinisch zu erkranken, in sich beherbergt (ausscheidet).

4. Rekonvaleszenzträger (Rekonvaleszenzausscheider) = eine Person, welche nach erfolgter Genesung die Krankheitskeime noch weiter beherbergt (ausscheidet).

Die weitere Einteilung in temporäre und chronische Träger, sowie in temporäre und chronische, ständige und periodische Ausscheider ist ohne weiteres verständlich.

HECHT.

44) **Czerny. Die Serumbehandlung der Diphtherie.** Vereinigte ärztliche Gesellschaften zu Berlin, Sitzung vom 23. Oktober 1918. *Deutsche med. Wochenschr. No. 47. S. 1317. 1918.*

Der Nutzen der Serumbehandlung ist gegenwärtig trotz einiger Unvollkommenheiten anerkannt. Die Hauptsache ist, dass man ein mit Diphtherieantitoxin angereichertes Serum zur Verfügung hat und es möglichst frühzeitig anwendet. Dann werden Misserfolge selten vorkommen. Verf. wendet sich dann gegen Bingel, der behauptet, keinen Unterschied in den Ergebnissen der Behandlung der Diphtherie mit Heilserum bzw. mit gewöhnlichem Pferdeserum wahrgenommen zu haben. Einmal ist nach Verf. nicht erwiesen, dass das verwandte Pferdeserum nicht doch einen gewissen Antitoxingehalt besass, sodann weist Bingel in beiden Versuchsreihen gleich schlechte Resultate auf.

Die Leistungsfähigkeit des Heilserums hält Verf. für über alle Zweifel erhaben.

Die toxische Wirkung ist nicht bedeutend. Was die Dosierung angeht, über die grosse Meinungsverschiedenheiten existieren, so wurden von Verf. in letzter Zeit 500 I.-E. pro Kilogramm Körpergewicht gegeben.

Eine Ueberlegenheit des Plasmas, das in Frankreich angewandt wird, gegenüber dem Serum konnte Kleinschmidt nicht feststellen.

R. HOFFMANN.

45) **Elisabeth Herzfeld. Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Pferdeserum.** Aus der med. Klinik Leipzig (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. v. Strümpell). *Münchener med. Wochenschr. No. 34. 1919.*

Auf Grund der Bingel'schen Mitteilung, dass die heilende Wirkung bei Diphtherie dem Serum und nicht seinem Antitoxingehalt zuzuschreiben sei, wurden in der Leipziger Klinik vom 1. Oktober 1918 bis 1. März 1919 alle Diphtheriekranken mit gewöhnlichem Pferdeserum (G. P.) statt mit antitoxischem (A. S.) behandelt, ausserdem 25 Bazillenträger und Kranke mit lakunärer Angina. Infolge verschiedener äusserer Umstände konnten nur 80 Fälle einwandfrei klinisch und bakteriologisch durchbeobachtet werden. Die Ergebnisse fasst Autorin unter Anführung zahlreicher Krankengeschichten dahin zusammen, dass das G.P. dem A.S. bedeutend unterlegen sei. „Bei Verwendung von G.P.: 1. Haften die Beläge länger; dementsprechend wird wahrscheinlich die Entstehung von Lähmungen und Myokarditis begünstigt. 2. Es treten Lähmungen verhältnismässig häufig auch nach ganz leichter Rachendiphtherie auf. 3. Die Herztodesfälle, be-

sonders bei Erwachsenen, mehren sich. 4. Man sieht häufiger als nach Verwendung von A.S. ein Fortschreiten des lokalen Rachenprozesses. 5. Eine sekundäre Larynxdiphtherie kann nicht mit Sicherheit verhütet werden." „Vorläufig muss auf Grund unserer Erfahrungen eindringlich davor gewarnt werden, in der Praxis Gebrauch vom G.P. zu machen. Dieses darf nur in leichtesten Fällen und nur bei Erwachsenen angewendet werden, die man nach Feer auch ganz ohne Serum behandeln kann. Bei der mittelschweren und schweren Rachendiphtherie, sowie bei Kehlkopfdiphtherie ist die Anwendung von A.S. unbedingt geboten."

HECHT.

46) **Paul Rohmer** (Marburg). **Der Diphtherieherztod.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 44. S. 1058. 1917.*

Sammelreferat der einschlägigen Arbeiten über den Diphtherieherztod und der Veröffentlichungen über die therapeutische Zufuhr von Adrenalin bei der Diphtherie.

R. HOFFMANN.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

47) **Katzenstein. Operativer Eingriff bei Lähmung beider Musculi thyreo-arytaenoidei interni und des Musculus arytaenoideus transversus.** *Passow's Beiträge. Bd. 12. S. 97.*

Verf. empfiehlt in diesem Fall, das dreieckige Stück an beiden Stimmlippen (zwischen dem elliptischen Schlitz der Pars ligamentosa und dem dreieckigen Lumen der Pars cartilaginosa) mit der Kurette abzutragen, „da dieses den Glottisschluss verhindert". (? Ref.) Nach 2—3 Wochen sollen dann die Stimmbänder auf Sprechstimmübungen hin fast oder ganz bis zur Mittellinie herantreten. Fälle, in denen kein völliger Schluss der Stimmlippen bei der Phonation eintritt, bedürfen dann einer länger dauernden Behandlung durch Kompression des Schildknorpels, Dehnung der Stimmlippen und Faradisation.

SCHLITTLER.

48) **Denker. Ueber Larynxstenosen infolge Ankylose des Krikoarytaenoidalgelenks.** *Passow's Beiträge. Bd. 12. S. 122.*

Als leitender Arzt einer im Westen stationierten Fachabteilung für Verwundete und Kranke unseres Spezialgebietes und als Konsiliarius eines nahen Typhuslazarettes hat Denker Gelegenheit gehabt, eine grosse Reihe schwerer Larynxveränderungen zu beobachten, von denen in vorliegender Arbeit 5 Fälle ausführlich beschrieben werden.

1. Typhuspatient mit Stenoseerscheinungen in der 9. Krankheitswoche, mit subglottischer Schwellung und Fixation des linken Aryknorpels, sowie beschränkter Beweglichkeit des rechten Aryknorpels infolge perichondritischer Veränderungen. Tracheotomie, wiederholte Ausräumung des subglottischen Raumes mittels Kurette und Konchotom. Bolzenbehandlung nach Thost während der Dauer von 6 Monaten. Entlassung 11 Monate nach der Tracheotomie, der linke Aryknorpel fixiert, das rechte Stimmband fast völlig frei, das linke ebenfalls ziemlich gut beweglich, Respiration frei.

2. Typhuspatient, ebenfalls in der 8. Krankheitswoche Stenoseerscheinungen infolge Fixation des rechten Stimmbandes in Medianstellung, des linken in Kadaverstellung. Tracheotomie und Verlauf wie beim vorhergehenden Fall, nach 6 Monaten Bolzenbehandlung. Atmung andauernd frei, Entlassung 1 Jahr nach Krankheitsbeginn, das linke Stimmband in Kadaverstellung unbeweglich fixiert, das rechte gut beweglich, Atmung frei, Stimme laut.

3. Ebenfalls Stenoseerscheinungen in der 11. Typhuswoche, hochgradige Verengerung der Stimmritze infolge Fixation des rechten Aryknorpels und eingeschränkte Beweglichkeit des linken Stimmbandes. Tracheotomie, Bolzenbehandlung während 6 Monaten, Heilung mit freier Respiration und guter Stimme.

4. Stenose infolge Laryngotyphus, Tracheotomie und Dilatationsverfahren nach Thost, Heilungsdauer 6 Monate.

5. 52 jähriger Mann mit metastatischer Erkrankung des Krikoarytänoidalgelenks links auf Grund einer Sepsis nach Magenulkus. Fixation des linken Stimmbandes in der Medianlinie, starke Beweglichkeitseinschränkung des rechten Stimmbandes, subglottische Schwellung. Verlauf: Laryngofissur zwecks Exploration des Kehlkopfinnern, und hierauf primäre Naht in 3 Schichten und obere Tracheotomie, Bolzenbehandlung während 4 Monaten. Operativer Verschluss der Trachealfistel 6 Monate nach Vornahme der Laryngofissur, Heilung ohne Stenosebeschwerden und mit sehr guter Sprachfunktion. SCHLITTLER.

49) **Moure** (Bordeaux). **Die chronischen Kehlkopfstenosen beim Kinde. (Les sténoses laryngées chez l'enfant.)** XXVIII. Congrès français de chirurgie zu Paris, 6. bis 11. Oktober 1919. *La Presse médicale. 11. Oktober 1919.*

Verf. unterscheidet zwei Arten von Larynxstenosen beim Kinde. Die ersten — seltenere — sind die Narbenstenosen infolge Ulzerationen der Larynxschleimhaut oder infolge von Perichondritis nach Infektionskrankheiten, speziell nach Masern, Scharlach oder Diphtherie; die zweiten sind die Stenosen infolge chronischer Infiltration des Larynx. Letztere entstehen infolge von fehlerhaften Tracheotomien, die durch den Schildknorpel, die Membrana crico-thyreoidea oder den Ringknorpel gehen. Diese Stenosen gehen leicht zurück, wenn man die Kanüle in die Trachea bringt, oder wenn man geduldig abwartet, bis die Kinder grösser werden und sich entwickeln. Es genügt, dass man das Entstehen von Granulationen in der Fistel verhütet, um schliesslich zum Dekanülement zu kommen. FINDER.

50) **Sir St. Clair Thomson. Ruhige Tracheotomie mittels Injektion von Kokain in die Luftröhre. (Tranquil tracheotomy, by injecting cocaine within the windpipe.)** *Brit. med. Journ. 11. Oktober 1919.*

Verf. spritzt mittels einer gewöhnlichen Rekordspritze, sobald die Trachea freigelegt ist, zwischen zwei Trachealringe 5—15 Tropfen einer $2^1/_2$ proz. Kokainlösung in das Lumen der Luftröhre. Ist keine Eile nötig, so wartet er 10 Minuten; nach dieser Zeit kann die Inzision der Trachea ohne Schmerzen und ohne Auslösung des geringsten Hustens gemacht werden. Bei Kindern genügen 5 Tropfen einer 1 proz. Lösung. Die Methode ist bei allgemeiner und lokaler Anästhesie zu empfehlen. Verf. hat die Methode zu seiner grossen Zufriedenheit bei 25 präliminaren Tracheotomien vor Laryngofissur angewandt.

In einem Brief an den Herausgeber (Brit. med. journ., 25. Oct. 1919, p. 545) wendet sich Verf. gegen den ihm gemachten Einwand, dass es irrationell sei, den Reflexhusten durch Anästhesierung der Trachea zu unterdrücken, da er ein wichtiges Hilfsmittel sei, durch welches alles fremde Material, wie Schleim, Blut, Membranen, aus den Luftwegen herausbefördert werde.

FINDER.

51) **Newell B. Burns** (North Wilmington, Mass.). **Fremdkörper im Bronchus. (Foreign body [bone fragments] in the bronchus.)** *Journ. Amer. med. assoc. 28. April 1917.*

Der erste Fall betraf einen 56jährigen Mann, der einen Knochen verschluckt hatte, eine Tatsache, an die man später gar nicht mehr dachte. Denn Patient wurde nach geraumer Zeit in das Sanatorium für Tuberkulöse gebracht, wo er eines Tages den Knochen aushustete. Bei der zweiten Patientin, einer Frau von 37 Jahren, ereignete sich Aehnliches. Denn auch diese Patientin wurde 5 Monate ausserhalb behandelt, und dann 5 Monate im Sanatorium, ohne dass man an den Fremdkörper dachte, bis auch sie eines Tages 2 Knochenstücke aushustete. Beide Patienten genasen schnell.

FREUDENTHAL.

e II) Stimme und Sprache.

52) **Katzenstein. Bemerkungen über Tätigkeit und Bestrebungen des Phonetikers.** *Passow's Beiträge. Bd. 12. S. 86.*

Verf. hofft, dass ähnlich Berlin, München, Königsberg und Wien auch andere Universitätsstädte den oto-laryngologischen Kliniken phonetische Abteilungen angliedern. Er geht dann auf die Tätigkeit des Leiters einer solchen Abteilung näher ein, auf die mannigfaltigen Aufgaben, welche seiner harren und neben gründlicher Ausbildung in Phonetik auch eine ebenso gründliche in der Oto-Rhino-Laryngologie erfordern mit Beherrschung der Chirurgie dieser 3 Spezialgebiete.

Im weiteren geht Verf. ein auf die Ausbildung der Mediziner in Phonetik, die Ausbildung der Lehrer in der phonetischen Wissenschaft, den Gesangunterricht, die Atem- und Artikulationsübungen, den Sprachunterricht bei den Taubstummen, Schwerhörigen, ferner auf die Sonderklassen für Stammler und Stotterer.

Endlich befürwortet er den Ausbau der Ambulatorien für Stimm- und Sprachstörungen zu klinischen Abteilungen zwecks Aufnahme von Stimm- und Sprachkranken für die funktionelle Behandlung ihrer Leiden.

SCHLITTLER.

53) **R. Sokolowski. Ueber psychogene Aphonien bei Kriegsteilnehmern.** *Passow's Beiträge. Bd. 12. S. 212—226.*

Die Arbeit basiert auf Erfahrungen, wie sie Verf. am Material eines Kriegslazarettes gemacht hat, wo es sich im Gegensatz zu den Heimatslazaretten fast stets um frische und nicht vorbehandelte Fälle handelt, die Prognose im allgemeinen also günstiger ist.

Die überwiegende Mehrzahl der Kranken führte die Aphonie auf eine Erkältung o. dgl. zurück, unter 114 Aphonien fand sich keine einzige, bei der ein

Trauma als Ursache angegeben worden wäre. Dabei fand sich wirklich ein Teil mit deutlichen laryngitischen Veränderungen, die allerdings ebensowohl sekundärer als primärer Natur sein können (Ermüdungskatarrh Imhofer's als Folge übertriebener Muskelaktionen beim Versuche zu phonieren). Bei der Mehrzahl der Aphoniker aber war nicht die geringste laryngitische Veränderung nachweisbar, und diese Fälle führte Verf. auf den Mangel an seelischer Widerstandsfähigkeit zurück. Inwieweit dabei ebenfalls Simulation mitspielt, ist ausserordentlich schwer zu entscheiden, jedoch hat Verf. den Eindruck, dass es in seinem Material nicht häufig der Fall war.

Die Therapie hat sich mit der zunehmenden Erfahrung des Verf. genanntem Krankheitsbild gegenüber ausserordentlich vereinfacht. Sowohl die zu Anfang geübte Methode nach Gutzmann, als jene nach Muck haben ihn nicht befriedigt. Viel bessere Erfolge erzielte er mit der einfachen, kräftigen Spiegeleinführung zwecks Versuchs eine tönende Würgbewegung auszulösen. War dies erreicht, so gelang es immer auf energisches Zureden den Patienten zum Phonieren zu bringen, mittels kräftig durchgeführter Verbalsuggestion den Erfolg fortzuführen und zu sichern. Von den letzten 34 Patienten, welche Verf. zu Gesicht bekam, heilten 32 gleich in der ersten Sitzung.

SCHLITTLER.

54) **Hinsberg. Zur Behandlung frischer neurotischer Hör- und Sprachstörungen.** *Passow's Beiträge. Bd. 12. S. 64.*

Ausgehend von der Tatsache, dass alte neurotische Hör- und Sprachstörungen oft nur mit grösster Schwierigkeit zu beseitigen sind und die Behandlungsresultate im allgemeinen recht zu wünschen übrig lassen, hat Verf. als Arzt eines Feldlazaretts im Osten und eines Kriegslazarettes im Westen versucht, solche Patienten möglichst frühzeitig einer sachgemässen Behandlung zuzuführen.

Die von ihm erzielten Resultate sind nun nicht nur sehr gute, sondern sie erwecken auch insofern Aufsehen, als sie gewonnen wurden nur unter Anwendung der Verbalsuggestion. Im Gegensatz zu der von neurologischer Seite vertretenen Ansicht, die Gehörsneurosen hätten ihren Grund in einer Willenssperre auf zentripetaler Bahn, und zwar unwillkürlicher Art, vertritt Verf. an Hand seiner gemachten Erfahrungen den Standpunkt, dass es sich bei diesen Störungen im Gegenteil um willkürliches, absichtliches Nichthören, also um Simulation handelt.

SCHLITTLER.

55) **Otto Dempwolff. Ueber phonetische Aichung.** *Vox. H. 4/5. S. 94. 1919.*

D. schlägt vor, den Stoff aller Lautsprachen in seine Komponenten zu zerlegen und danach Schallplatten von Gewährsleuten anzufertigen, die jene Erscheinungen muttersprachlich beherrschen. Hiermit wären Personen, die Fremdsprachen aufnehmen wollen, phonetisch zu aichen.

NADOLECZNY.

56) **W. Pielke. Atmen und Singen.** *Vox. H. 3/4. S. 35. 1919.*

Allgemeine Ausführungen über lebenserhaltende und mechanische Aufgaben der Atmungsorgane. Wert der Tiefatmung mit Bevorzugung der Zwerchfell- und Flankenatmung. „Wenn man das Muskelgefühl, welches diese Stellung auslöst,

während der Erzeugung und dem Aushalten des Tones beizubehalten trachtet, so wird auch das Zwerchfell möglichst lange in seiner Tiefstellung verharren und wird infolgedessen während des allmählichen Luftverbrauchs nur ganz langsam und kontinuierlich in seine schliessliche Ruhestellung übergehen." Ton stützen bedeutet: „die Einbeziehung der unserer Beobachtung und Empfindung so entrückten Tätigkeit des Zwerchfells in unseren Bewusstseinskreis und ihre Einordnung in unser Muskelgefühl." Die Atemtechnik ist wesentlich für die Stimmleistung und die Erhaltung einer guten Stimme. Sie muss sich der Stimmgattung anpassen.

NADOLECZNY.

57) **G. Panconcelli-Calzia. Ueber Palatogrammetrie.** *Vox. H. 5/6. S. 172. 1918.*

Ergebnisse von Messungen des Flächeninhalts von Palatogrammen mit dem Planimeter und deren graphische Darstellung für Vokale mit und ohne Verbindung mit dem T-Laut.

NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

58) **Roux, Messerli** und **Strzyzowski** (Lausanne). **Ueber Kropfprophylaxe.** Société vandoise de médecine, 6. Mai 1918. *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 39. 1919.*

Da der Kropf schon bei Kindern von 2 bis 5 Jahren einsetzt, sollte Jodemanation in allen Kropfgegenden nach Vorschlag von Roux in einem offenen Jodfläschchen nicht nur in den Schulzimmern, sondern auch zu Hause in den Schlafzimmern eingeführt werden. Ganz feine Joddämpfe von den am Meeresstrande vertrocknenden Seepflanzen her genügen ja schon, Jodismus bei allen Individuen hervorzurufen, welche mit Jodidiosynkrasie behaftet sind, wie dies L. Gautier an den alten Genferfamilien nachweisen konnte, welche es nicht am Meergestade aushalten.

Die Desinfektion des Darms durch Benzonaphthol ist bekanntlich oft ein sehr nützliches Mittel zur Bekämpfung und Vermeidung der Kropfbildung, sollte aber hauptsächlich da in Anwendung kommen, wo Idiosynkrasie gegen Jod vorhanden ist.

JONQUIÈRE.

59) **Klinger** (Zürich). **Demonstration einer grösseren Anzahl thyreo-parathyreoektomierter Tiere (Ratten, Hunde und Katzen).** Aus der Gesellsch. der Aerzte in Zürich, Sitzung vom 30. November 1918. *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 25. 1919.*

Diese Tiere zeigten teils ganz normales Verhalten, teils latente oder manifeste Zeichen von Tetanie. Eine vor 30 Stunden operierte Katze wird in schwer tetanischem Zustande vorgewiesen. Durch Gabe von 1,0 $CaCl_2$ in Milch kann das Tier nach 85 Minuten wieder fast normal vorgezeigt werden.

In der an diese Demonstration anschliessenden Diskussion entsteht die immer notwendige theoretische Frage nach allfällig zurückgebliebenen Schilddrüsenresten bzw. akzessorischen Schild- und Nebenschilddrüsen.

JONQUIÈRE.

60) **S. P. Beebe** (New York). **Rezidive nach Kropfoperationen. (Recurrence after thyroid operation.)** *Med. Record. 14. März 1917.*

Die Operation war früher so wenig entwickelt, dass die Sterblichkeitsziffer den wichtigsten Punkt bei der Prognose bildete. Heutzutage ist das Risiko bei der Operation ein sehr kleines, aber gerade diese Tatsache führte zu unglücklichen Resultaten. Denn 1. operieren jetzt viele, die keine genügende Erfahrung haben, und 2. glaubt B., dass bei gründlicher Untersuchung gefunden werden wird, dass die Patienten noch eine geraume Zeit nach der Operation der Behandlung bedürfen. Ein bekannter Chirurge behauptete, noch nie einen vollständig geheilten Fall von Basedow gesehen zu haben, und B. stimmt mit ihm überein. Eine der Ursachen der Rezidive ist der Umstand, dass solche Patienten nach der Operation eine „medizinische" Behandlung nötig haben. Von den vom Verf. operierten 21 Fällen mussten alle noch lange Zeit (von 4 bis 18 Monaten) so behandelt werden. Mit der partiellen Thyreoidektomie oder der Ligatur ist noch wenig für den Patienten geschehen. Chirurg und Interner müssen vielmehr zusammen arbeiten, um die Probleme nach der Operation zu lösen. FREUDENTHAL.

61) **Herbert H. Sinclair** (Walkerton, Ont., Canada). **Die Aetiologie der endemischen Struma. (Etiology of endemic goitre.)** *Amer. medicine. Dez. 1916.*

In seinem an 2 kleinen Flüssen gelegenen Heimatsort fand Verf. fast in jedem Hause Struma vor. Er fand sie auch bei vielen Tierarten, so bei Fischen, bei Hunden, die von weit weg importiert waren, aber erst in der 2. oder 3. Generation, und auch bei Kälbern. Der blonde menschliche Typ scheint mehr ergriffen zu sein, als die dunkleren Menschen. Aber bei allen Menschen und Haustieren in den befallenen Gegenden fand er auch Amöben im Darmkanal vor, und diese hält er für die Ursache der Schilddrüsenvergrösserung. FREUDENTHAL.

g) Oesophagus.

62) **M. Guisez. Plastische Wiederherstellung fast des ganzen Zervikalteils des Oesophagus nach ausgedehnter Verstümmelung. (Réfaction plastique pour mutilation étendue de la presque totalité de l'oesophage cervical.)** *La Presse médicale. 8. Oktober 1919.*

Es handelte sich um eine 66jähr. Frau, der im Juli 1918 in Brüssel ein grosser Kropf operiert worden war; die Operation war sehr schwierig, wahrscheinlich bestanden Verwachsungen von seiten des Oesophagus. Nach der Operation bestand eine grosse Oesophaguswunde auf der linken Halsseite. Diese Wunde war, ohne dass eine Sonde in den Oesophagus gelegt worden war, tamponiert worden; das Resultat war eine vollkommene Stenosierung des Hypopharynx. Pat. ernährte sich durch ein Rohr, das sie sich in den Oesophagus einführte. Mittels des Oesophagoskops wurde ein filiformes Bougie eingeführt, dessen unteres Ende man durch das Narbengewebe hindurchfühlen konnte; dann wurde auf dem Bougie das Narbengewebe schichtweise durchtrennt, bis das Bougie zum Vorschein kam; es wurde einen halben Tag sitzen gelassen, dann allmählich stärkere Bougies genommen, auch die Elektrolyse zur Erweiterung der Oeffnung angewandt. Als Pat. so weit

war, dass sie sich nach Tamponade der äusseren Wunde vom Munde her ernähren konnte, erfolgte Verschluss der Fistel durch eine Plastik. FINDER.

63) **Coenen. Fremdkörper im Oesophagus.** Med. Sektion der Schles. Gesellschaft für vaterländ. Kultur zu Breslau, Sitzung vom 19. Juli 1918. *Berliner klin. Wochenschr. No. 44. S. 1061. 1918.*

5jähriges Kind hatte vor 7 Wochen ein Uhrrädchen mit langer Achse und Zähnen verschluckt. Dasselbe war fest im oberen Teil des Oesophagus eingespiesst. Entfernung durch Oesophagotomie. Die von der jauchenden Oesophaguswunde drohende tiefe Halsphlegmone wurde durch 8 Tage lange energische Tieflegung des Oberkörpers, so dass das Bett fast in 45° zum Erdboden geneigt war, vermieden. Hinterher kurzdauernde Oesophagusfistel, die sich von selbst schloss.

R. HOFFMANN.

III. Kritiken und Gesellschaftsberichte.

Laryngological Section Royal Society of Medicine.

Sitzung vom 1. Februar 1918.

Vorsitzender: A. Brown Kelly.

Delf Gillies: Demonstration über Rhinoplastik.

Die erste Kategorie von Verletzungen, über die Redner spricht, ist Verlust von Teilen der Nasenspitze oder des Nasenflügels. Mittels des Epidiaskops werden 6 verschiedene dabei in Anwendung kommende Methoden gezeigt.

Die nächste Gruppe umfasst Fälle von Verlust des oberen Viertels des Nasenrückens. Beide mitgeteilte Fälle wurden nach derselben Methode behandelt: Ein Osteoperiostallappen wurde von der Frontalregion nach unten gebracht, um als Stütze zu dienen für einen Hautlappen, der von der Stirn genommen war.

Es werden ferner 3 Fälle von Verlust der oberen Hälfte der Nase, dann solche von Verlust des unteren Drittels der Nase gezeigt, des weiteren Korrekturen bei Mopsnasen und totale Rhinoplastiken.

W. Kelsey Fry und G. S. Hett: Totalverlust des harten Gaumens und Freilegung der Kieferhöhlen nach dem Munde zu.

Ein Offizier erlitt einen Sturz mit dem Aeroplan und dabei wurde ihm der Handgriff seines Maschinengewehrs in den Mund gestossen. Er wurde in Frankreich operiert. Die Operation bestand darin, dass Teile des harten Gaumens und des Alveolarprozesses, an denen Zähne hingen, entfernt wurden. Bei der Untersuchung sieht man, dass der ganze Nasenboden fehlt, dass auf der linken Seite auch die Aussenwand verloren gegangen ist, so dass das Antrum freigelegt ist, welches von einem Polypen ausgefüllt ist. Auf der rechten Seite besteht eine Oeffnung in das Antrum unter der unteren Muschel. Beide Höhlen eitern.

Dieser Fall wird aus zwei Gründen vorgestellt. Erstens als doppelseitige traumatische Antrumeiterung mit Verlust des Nasenbodens, zweitens vom Gesichtspunkt des Zahnarztes.

Fry (Zahnchirurg) zeigt eine Anzahl von Modellen und Diagrammen, welche die Anfertigung von Gebissen für solche Fälle demonstrieren. Der Boden des Antrum und der Rest der Crista nasalis werden benutzt zur Befestigung eines künstlichen Gaumens.

G. S. Hett: Fall von totalem Verlust der Nase. Methode, das Naseninnere aufzubauen.

Schussverletzung. Es besteht erhebliche Einsenkung und Gewebsverlust auf der linken Seite infolge von Verlust des Processus nasalis des linken Oberkiefers. Es wurde Rippenknorpel in die Stirn gepflanzt und der Stirnlappen soll zur Bildung der neuen Nase benutzt werden. Der Fall zeigt einen Versuch, das Naseninnere aufzubauen und Muscheln und Septum zur Verkleinerung der weiten Höhle zu benutzen und eine Schleimhautbekleidung der neuen Nase zu bilden.

Die intranasale Operation zur Vorbereitung für die plastische Operation zum Ersatz der verloren gegangenen Nase bestand in folgendem: Die linke mittlere Muschel wurde hinten von ihren Verbindungen losgelöst und nach vorwärts gebracht, so dass ihr hinteres Ende in Berührung gebracht wurde mit dem vorderen Ende der unteren Muschel und an diese angeheftet wurde. Die rechte untere Muschel wurde ähnlich behandelt und ihr hinteres Ende nach oben gebracht und an das Nasendach angeheftet. Das knorplige Septum wurde von dem Nasenboden und ebenso vom Vomer losgelöst, oben blieb es mittels eines von der Siebbeinplatte gebildeten Stieles am Nasendach befestigt. Es wurde rotiert und nach der Seite gebracht, so dass es den Raum zwischen der rechten unteren und der linken mittleren Muschel überbrückte; an beide wurde es mittels Katgutnähte befestigt. Vier Wochen nach der Operation konnte man konstatieren, dass jetzt eine Gewebsmasse die Höhle links von der Mittellinie ausfüllte. Das hintere Ende der rechten mittleren Muschel haftete fest an dem Septum. Ihr vorderes Ende wurde nun abgetrennt und nach unten an den Nasenboden gebracht und dort angeheftet.

(Nach dem offiziellen Sitzungsbericht.)

(Fortsetzung folgt.)

IV. Briefkasten.

Personalnachrichten.

An Stelle von Prof. Seifert, der, wie wir mitteilten, in den Ruhestand getreten ist, wurde Prof. Manasse, früher in Strassburg, als ordentlicher Professor für Hals- und Nasenkranke nach Würzburg berufen.

Prof. Lange in Greifswald wurde zum Ordinarius ernannt.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 38.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Internationales Centralblatt

für

Laryngologie, Rhinologie

und verwandte Wissenschaften.

Jahrgang XXXV. Berlin, Dezember. 1919. No. 12.

I. Emerich von Navratil †.

Am 15. April 1919 starb, wie wir jetzt erst erfahren, der Senior der ungarischen Laryngologen, Emerich Navratil von Szalók. Er wurde 1833 zu Budapest geboren und war wohl der letzte Vertreter jener ältesten Laryngologengeneration, die noch an der Grundsteinlegung unserer Wissenschaft tätig mitgewirkt hat; an ihrem Aufbau hat er erfolgreich mitgearbeitet und auf ihre Entwicklung in seinem Vaterland einen entscheidenden Einfluss gehabt.

Im Gegensatz zu vielen von den älteren Laryngologen, die ihre wissenschaftliche Entwicklung von der inneren Medizin her genommen haben, ist Navratil ursprünglich Chirurg gewesen. Er wurde Operationszögling bei Professor Balassa und erhielt 1860 das Diplom als Operateur. Als er auf Anraten Czermak's, der damals als Professor der Physiologie an der Budapester Universität wirkte, begann, sich mit den Erkrankungen der oberen Luftwege zu beschäftigen, war es besonders die Chirurgie dieser Teile, der er seine Aufmerksamkeit zuwandte. Nachdem er mehrere einschlägige Arbeiten verfasst hatte, wurde er 1865 als Dozent für Laryngologie und Rhinologie an der Universität Budapest zugelassen. Nach vielen Mühen gelang es ihm, durchzusetzen, dass ihm am St. Rochusspital eine selbständige rhinolaryngologische Abteilung eingeräumt wurde; 42 Jahre lang hat Navratil hier seine Lehrtätigkeit ausgeübt und eine grosse Zahl

der ungarischen Laryngologen sind aus seiner Schule hervorgegangen. Im Jahre 1872 erhielt Navratil den Titel eines ausserordentlichen Professors, 1874 wurde er Primärchirurg des St. Rochusspitals und gleichzeitig wurde seine Venia legendi auf die gesamte Chirurgie des Kopfes und Halses ausgedehnt. Im Jahre 1892 wurde er zum ordentlichen öffentlichen Professor ernannt.

Navratil's literarische Tätigkeit beschränkte sich nicht auf die Rhino-Laryngologie, sondern umfasste die gesamte Chirurgie, z. B. die Operationen bei Hirnverletzungen, Hirnabszessen und Rindenepilepsie, die Resektion des Ganglion Gasseri, die Darmresektion, die er zuerst mit Erfolg bei einer Darmfistel ausführte, indem er die 20 cm lange Darmschlinge resezierte.

Von den rhino-laryngologischen Arbeiten hat ein Teil die Frage der motorischen Innervation des Kehlkopfes zum Inhalt. Bereits in einer 1866 erschienenen grösseren Arbeit über Kehlkopfkrankheiten hatte sich Navratil als einer der ersten eingehend mit der anatomischen und physiologischen Grundlage der Stimmbandlähmungen beschäftigt. Im Jahre 1871 (Berliner klin. Wochenschr.) ergriff Navratil das Wort zu der Frage, ob die von Claude Bernard aufgestellte Lehre zu recht bestehe, dass der N. accessorius Willisii an der motorischen Innervation des Kehlkopfes einen Anteil habe und kam auf Grund sorgfältiger Untersuchungen an chloroformierten Hunden zu dem Ergebnis, dass dies nicht der Fall sei. Die Diskussion über diese Frage kam lange Zeit nicht zur Ruhe; einmal schien sie — besonders auf Grund der Arbeiten Schech's — in dem Sinne entschieden, dass doch der Akzessorius die Quelle der motorischen Kehlkopfinnervation sei. Dass schliesslich aber die Ansicht durchdrang und heute wohl fast allgemein gültig ist, dass allein der Vagus den Kehlkopf mit motorischen Fasern versorgt, der Akzessorius daran aber keinen Anteil hat, an diesem Ergebnis hat ausser anderen Autoren — unter denen in erster Linie Grabower zu nennen ist — einen wesentlichen Anteil Navratil, der in einer neuen Versuchsreihe (Ung. Arch. f. Med. 1894) zeigte, dass seine bereits zwei Jahrzehnte vorher verfochtene Ansicht zu Recht besteht.

Die Mehrzahl der rhino-laryngologischen Arbeiten Navratil's beschäftigt sich mit der Chirurgie der oberen Luftwege. So veröffentlichte er im Jahre 1868 eine Studie über „Die Indikationen der Kehlkopfspaltung“; von ihm stammt die Bezeichnung „Laryngofission“. 1880/1881 erschien eine Arbeit über „Radikaloperation der Kehlkopfpapillome“. Eine Anzahl von Veröffentlichungen und eine grosse Zahl der in der Budapester Gesellschaft der Kehlkopfärzte vorgestellten Fälle bezieht sich auf die Laryngochirurgie bei Kehlkopfkarzinom, für die er die Indikationen auf ana-

tomischer und histologischer Grundlage präzisierte, sowie auf die operative Behandlung der Kehlkopfstenosen. Im Jahre 1909 konnte Navratil, der nun auf eine 50jährige chirurgische Tätigkeit zurückblickte, über mehr als 1000 während dieser Zeit ausgeführte Tracheotomien berichten und auf Grund dieser ungewöhnlich reichen Erfahrung eine ausführliche Schilderung von Indikationen und Technik dieser Operation entwerfen.

Navratil, seit 1892 als Navratil von Szalók geadelt, wurde von seinem Vaterland und dem Ausland wegen seiner Verdienste mit reichen Ehrungen bedacht. Er erhielt den Titel eines Königl. ungarischen Hofrats, war Ehrenmitglied der Berliner Laryngologischen Gesellschaft, korrespondierendes Mitglied der „American Laryngological Association" und der „Wiener Laryngorhinologischen Gesellschaft". Die grösste Freude dürfte es ihm am Abend seines durch Arbeit und Erfolg reich gesegneten Lebens bereitet haben, dass er in seinem Sohn, Desider von Navratil, einen Schüler herangebildet hat, der sich auf dem Arbeitsgebiet des Vaters eifrig betätigt.

Finder.

II. Referate.

a) Allgemeines, äusserer Hals, obere Luftwege.

1) **Gherardo Ferreri. Oto-Rhino-Laryngologie und Schulhygiene. (Oto-rino-laringologia e igiena scolastica.)** *Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica di Roma. Anno XII. 1914.*

Verf. weist in dieser Arbeit — einem Vortrag, gehalten in einem Fortbildungskurs für Schulhygiene — auf die Notwendigkeit hin, dass der Schularzt in Oto-Laryngologie ausgebildet sein muss. Er zeigt, wie wichtig diese Ausbildung ist für die Erkennung und rechtzeitige Behandlung der chronischen Mittelohreiterungen, für die Unterscheidung der taubstumm geborenen von den ertaubten nur noch über Hörreste verfügenden Kindern, für die Diagnose der adenoiden Vegetationen und die mannigfachen durch sie bedingten Allgemeinstörungen, für die richtige Bewertung der Bedeutung einer normalen Nasenatmung, für die Stimmhygiene der Kinder usw.

CALAMIDA.

2) **H. Klose** (Frankfurt a. M.). **Die Thymusstenose der Kinder und ihre Behandlung.** *Med. Klinik. No. 47. 1919.*

Besprechung der klinischen Pathologie der abnorm grossen Thymus und der Behandlung. Die Röntgenbestrahlung kann auch bei leichteren Formen von Thymusstenose durch ein hyperämisches Stadium zu gefahrdrohenden Dyspnoezuständen führen, die Intubation kann als palliatives Verfahren möglich sein, aber die Operation ist zweifellos die sicherste und ungefährlichste Methode der Behandlung.

SEIFERT.

3) **Herbert Flatauer. Ueber Atherom am Halse.** *Diss. Berlin 1919.*

An der Hand von 7 Fällen aus der chirurgischen Klinik der Charitó geht F. auf die Histogenese der Halsatherome, Balgdrüsengeschwülste, Dermoide und branchiogene Zysten näher ein, ohne etwas Neues zu bringen. DREYFUSS.

4) **Diesing** (Hamburg). **Behandlung der Katarrhe der Atmungsorgane mit Nebennierenextrakt.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 22. S. 602. 1919.*

D. bedient sich zur Behandlung des Adrenochroms. Dasselbe enthält neben Adrenalin Schwefel und wirkt bei seiner Verwendung nicht nur anämisierend, sondern auch durch seinen Schwefelgehalt schleimverflüssigend, so dass Schleim ohne Anstrengung entleert werden kann.

In Nase, Rachen und Kehlkopf pinselt D. mit einer 1proz. Adrenochromlösung und sah bei täglicher Wiederholung der Pinselung einfache Erkältungskatarrhe in einigen Tagen schwinden; im Anfangsstadium genügte oft eine einzige gründliche Pinselung. Chronische Katarrhe bedürfen einer längeren Behandlung.

Um die Wirkung der Pinselungen nachhaltiger zu gestalten, liess D. gleichzeitig Inhalationen mit 1prom. Adrenochromlösung machen mittels des Henschelschen Apparates und einige Tage und Wochen nach Abschluss der Pinselungen fortsetzen. Dadurch wurden neben dem Rachen- und Larynxkatarrh bestehende Bronchitiden und Lungenkatarrhe beseitigt.

Die Inhalationen in der genannten Form bewähren sich weiter bei Lungentuberkulose (3 mal täglich 5 Minuten lang), bei chronischem Bronchial- und Lungenkatarrh, nach Grippepneumonie, bei Bronchiektasien und putriden Bronchitiden. R. HOFFMANN.

5) **Robert C. Myles** (New York). **Aspiration oder Saugapparat. (Aspiration or vacuum suction apparatus.)** *New York med. journ. 6. Oktober 1917.*

M. hatte Gelegenheit, folgende Fälle zu beobachten: 1. Fall. 67jähriger Mann, der an Broncho-Pneumonie litt, wurde zusehends schlechter. Er war abgemagert, das Herz schwach, und sein Husten war nicht kräftig genug, um die dicke, schleimig-eitrige Sekretion über den Larynx hinaus zu befördern. Es wurde eine Saugpumpe angewandt, die dem Pat. Erleichterung von heftigen Hustenparoxysmen gab durch Herausbeförderung von zähem Sekret. P. genas.

2. Fall. Ein 3jähriges Kind, zu dem M. eiligst gerufen worden war, befand sich in extremis. Augenscheinlich waren alle Rezesse der Nase, des Nasenrachens, des Mundes sowie des unteren Pharynx mit einer zähen Masse ausgefüllt. Die Tonsillen und benachbarten Teile äusserst ödematös und in Juxtapposition. Es war unmöglich, die Sekrete auf dem gewöhnlichen Wege zu entfernen. Mit einem Saugapparat wurde aber eine „unglaubliche“ Menge Sekretes entfernt, worauf es erst möglich war, einen tiefen Abszess zu entdecken, dessen Eröffnung schliesslich zur Rekonvaleszenz führte.

3. Fall. Mann von 72 Jahren in tiefem Koma, alle Reflexe gelähmt mit Ausnahme des Herzens und des Zwerchfells. Cheyne-Stokes. P. litt an einer Tracheobronchitis mit Massen zähen Schleimes im Munde, Trachea usw. Es war augenscheinlich, dass der Mann in seinem eigenen Sekrete ertrinken würde, wenn nicht

eiligst Hilfe käme. Die Erleichterung nach Anwendung des Saugapparates war zauberhaft, doch blieben die Reflexe noch Stunden lang erloschen. Bewusstsein kehrte erst nach 10 Stunden wieder. Besserung trat langsam ein, aber P. erlag später einem Empyem der Brusthöhle. Auf Grund dieser Fälle glaubt M. mit Recht, dass die Saugpumpe ein weites Anwendungsgebiet hat. FREUDENTHAL.

6) **Ellis B. Freilich** (Chicago, Ill.). **Vergiftung mit Bismut nach Injektion von Bismutpaste. (Bismuth poisoning following bismuth pasto injection.)** *Journ. Amer. med. assoc. 13. Januar 1917.*

Pat., der einen Abszess an der Hüfte hatte, erhielt eine Einspritzung von 35,0 Bismut nach Eröffnung des Abszesses. Acht Tage darauf zeigte er eine starke Gingivitis und Glossitis (blauschwarze Pigmentation an der oberen und unteren Zahnreihe, Salivation, ferner Diarrhoe). Nach Entfernung der Paste trat Heilung ein. (Dieser keineswegs ungewöhnliche Fall von Idiosynkrasie gegen Bismut ist hier erwähnt, da auch in der rhinologischen Praxis dieses Mittel oft angewendet wird. Ref.) FREUDENTHAL.

7) **Ira C. Denman** (Toledo, O.). **Die Chirurgie des Mundes und der Nebenhöhlen unter Stickstoff-Sauerstoff-Narkose in der nach vorwärts gebeugten sitzenden Position. (Oral and sinus surgery under nitrous oxid-oxygen anesthesia in the forward-inclined sitting posture.)** *Amer. journ. of surgery. Januar 1917.*

Der grössere Teil der Arbeit enthält allgemeine Phrasen, wie Lobreden auf die Medizin im allgemeinen, auf die amerikanische Zahnheilkunde im speziellen. und bekannte anatomische Daten. Dann erwähnt D. die Gefahren der Anästhesie und die Vorzüge der Sauerstoff-Stickstoffnarkose. Bei der Operation sitzt der Chirurg auf einem niedrigen Stuhle, während der Pat. hoch sitzt, und mit weit nach vorn gebeugtem Oberkörper und noch weiter gebeugtem Kopfe angeschnallt ist. Dies geschieht, um bei der Tonsillektomie die Gefahren der Aspiration zu beseitigen, und die Blutung zu einer äusserst minimalen zu machen (!? Ref.). Auch Operationen an den Nebenhöhlen werden leichter und gefahrloser.

FREUDENTHAL.

b) Nase und Nasenrachenraum.

8) **Ernst Danielsen. Untersuchungen über den Bakteriengehalt des Nasensekrets bei akutem Schnupfen.** *Diss. Berlin 1919.*

Die bei Kriegsausbruch 1914 leider vorzeitig abgebrochenen Untersuchungen des Verfs., die an 25 frischen Schnupfenfällen ausgeführt wurden, ergaben nur in 2 Fällen das Vorkommen des Micrococcus catarrhalis, am häufigsten (7) Staphylokokken in Reinkultur, ferner grampositive und gramnegative Stäbchen oder Pseudodiphtheriebazillen in verschiedensten Mischungen. Allen diesen dürfte deshalb ein ätiologisches Moment nicht zugesprochen werden; vielmehr neigt Verf. der Ansicht zu, dass das von Kruse entdeckte „Aphanozoum coryzae", besonders auch im Hinblick auf die bekannten Experimente Dold's (Münchener med. Wochenschr. 1917), der Erreger des infektiösen Schnupfens sein dürfte. DREYFUSS.

9) **Gherardo Ferreri. Serumtherapie des Asthma nasale. (Sieroterapia dell' asma d'origine nasale.)** *Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma. Anno XII. 1914.*

Verf. hat seine Aufmerksamkeit besonders den Theorien vom toxischen oder anaphylaktischen Ursprung gewisser nasaler Reflexneurosen (Asthma, Heufieber) zugewandt. Seine Versuche zielten dahin, bei Tieren ein Serum zu erzeugen, welches Antikörper enthält, mit denen sich das Asthma bekämpfen lässt. Er ging folgendermassen vor: Das Serum, das er aus dem einem Asthmatiker unmittelbar nach oder während des Anfalls entnommenen Blut gewann, spritzte er einem Hammel unter die Haut. Nach 5—6 Tagen wurde die Injektion mit derselben Dosis wiederholt und noch einmal, bis nach der 3. Injektion das Tier Reaktionserscheinungen zeigte (Abgeschlagenheit, Fieber, dyspnoische Anfälle). Das aus dem Blut des Hammels gewonnene Serum wurde Asthmatikern in die Glutäalmuskulatur injiziert und zwar entweder gleich nach dem Anfall oder in der Zeit zwischen den Anfällen. Im allgemeinen genügten 3 oder 4 Einspritzungen, um zu zeigen, ob das Serum von Vorteil oder unwirksam war. Gewöhnlich verminderten sich die Symptome oder verschwanden nach einigen Einspritzungen; dies konnte sowohl bei den Schwerkranken der Klinik wie bei den ambulatorischen Patienten beobachtet werden. Bei denen, die früher einer endonasalen chirurgischen Behandlung unterworfen worden waren — bei denen diese aber kein Verschwinden des Asthmas zur Folge gehabt hatte, — machte sich die Wirkung des Serums schneller und intensiver geltend. Verf. glaubt, dass die besten Resultate sich bei jugendlichen Individuen werden erzielen lassen, er rät ab von der Anwendung der Serotherapie bei Formen von Rhinitis vasomotoria, die vikariierend in Fällen von Zirkulationsstörungen, besonders in der weiblichen Geschlechtssphäre auftreten. Eine Tabelle gibt eine Uebersicht über die 17 vom Verf. so behandelten Fälle. CALAMIDA.

10) **Piffl. Operation der Hypophysistumoren.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung vom 28. März 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. S. 648. 1919.*

P. entscheidet sich nach Besprechung der verschiedenen Methoden für die Operation nach Hirsch, bei der zwar die vollständige Entfernung grosser Tumorenmassen nicht möglich ist, die aber gestattet, in Lokalanästhesie zu operieren, die die äussere Entstellung und die Verstümmelung des Naseninnern vermeidet. Weiter kann der Septumsack durch längere Zeit offengehalten werden. Die Mortalität ist geringer 11,5 pCt. gegen Eiselsberg 25 pCt.

P. hat 2 Fälle nach Hirsch operiert. Der eine Fall mit Optikusatrophie, Dystrophia adiposo-genitalis und positivem Röntgenbefund verlief nach der Operation zunächst günstig. Am 10. Tage tödliche Meningitis (Infektion wahrscheinlich von der Nase aus, vielleicht durch die kleinen Oeffnungen, die im Schleimhautsack durch Ablösen der Schleimhaut von den vorderen Keilbeinflächen an der Stelle, wo die Ossa sphenoidalia liegen, entstehen). Der zweite Kranke bot schwerste Sehstörungen, Impotenz, Haarausfall, aber ohne Adipositas. Er überstand den Eingriff gut, erlangte das Sehvermögen fast völlig zurück, konnte durch 5 Vierteljahre wieder lesen und schreiben, zeigt gegenwärtig ein Rezidiv, verweigert jedoch die neuerliche Operation. R. HOFFMANN.

11) **Schloffer. Operation der Hypophysentumoren.** Verein deutscher Aerzte in Prag, Sitzung v. 28. März 1919. *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. S. 648. 1919.*

Von den transsphenoidalen Operationen gestattet die Aufklappung der Nase einen breiten Zugang, sicheres Arbeiten in bezug auf die Orientierung, übersichtliche Entfernung grösserer Tumoren und bessere Blutstillung. Da nur die oberen und mittleren Muscheln entfernt werden, sind die Zerstörungen der inneren Nase und die Spätfolgen der Operation nicht schwerwiegend, wenn auch die Auskratzung der Schleimhaut, wie das sich empfiehlt, unterlassen wird. Die Schwierigkeit, Tumoren, welche nach oben hin gegen das Gehirn zu breit ausladen, von unten her übersichtlich zu entfernen, macht das Bestreben, solche Tumoren intrakraniell anzugehen, wohl erklärlich, doch sind die Erfahrungen, die man mit solchen Operationen bisher gemacht hat, nicht ermutigend. In vielen Fällen wird auch durch die intrakranielle Operation die übersichtliche Freilegung des Tumors nicht gelingen.

Bei den transsphenoidalen Operationen spielt auch das dekompressive Moment eine grosse Rolle, und so ist es erklärlich, dass die Druckerscheinungen bei teilweiser Entfernung des Tumors, wenn auch nur eine gewisse Besserung in den innersekretorischen Störungen eintritt, so lange nachlassen, als nicht wieder an die Stelle der eusgeschnittenen Dura eine bindegewebige starre Bindegewebsmasse getreten ist.

R. HOFFMANN.

12) **Henschen** und **Nager** (Zürich). **Die paranasalo (transethmoidale) Operation eines Hypophysentumors nebst Bemerkungen zur Chirurgie der Schädelbasis.** *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 35 und 36. 1919.*

Die Verff. erwähnen eingangs dieser reichhaltigen monographischen Arbeit die kaum mehr üblichen transkraniellen Methoden vom Scheitelbein und vom Schläfenbein aus, sowie auch den endonasalen oder sagittalen Operationsweg. Sie wählten den neuesten und kürzesten paranasalen Weg nach Chiari. Diese Operation wird unter ausgiebigster lokaler Novokain-Adrenalin-Anästhesie in einer Sitzung ausgeführt. Hautschnitt wie bei der Killian'schen Stirnhöhleneröffnung. Entfernung der Lamina papyracea und Ausräumung des ganzen Siebbeins. Der hinterste Teil des Nasenseptums, die vordere Wand der Keilbeinhöhlen und die Zwischenwand derselben werden reseziert, schliesslich auch die Hinterwand. Nun liegt der Duraüberzug vor der Hypophyse breit zutage. Dieser wird kreuzweise gespalten und das Geschwülstchen mittels Küretten und Stanzen herausbefördert. Werden die Instrumente vorsichtig von oben nach unten bewegt, so können die Sinus cavernosi und die Karotis ganz geschont werden. Nach dieser Methode sind bis heute 10 Akromegalien operiert worden, 8 mit Erfolg, 2 mit tödlichem Ausgang; letzterer kam nicht direkt von der Operation.

Der 30jährige Patient der Verff. hatte eine sehr ausgesprochene Akromegalie, die im Verlaufe des Jahres 1914 allmählich deutlich geworden war. Er hatte plumpen Körperbau, massives Skelett, massive Muskulatur; seit Mitte August konstante Milchabsonderung aus mässig entwickelter Brustdrüse. Die Röntgenaufnahme zeigte mächtige Ausweitung der Nebenhöhlen der Nase, vor allem der Siebbeinzellen, was diese Operation wesentlich erleichtern kann. Der Schädel ist dick, aber stark pneumatisiert, z. B. die Mastoidzellen.

Die Operation am 3. November 1917 verlief günstig. Nach Jodanstrich der vorgewölbten Dura wurde dieselbe punktiert, wobei nur bluthaltiger Gewebssaft auslief. Nach der Spaltung entleerte sich ein gelbbrauner Gewebsbrei. Bei der folgenden vorsichtigen aber gründlichen Kürettierung trat eine ziemlich starke Blutung auf, so dass die Operation mit Einlage von langen Jodoformgazestreifen beendigt werden konnte. Primäre Naht der Hautwunde und Kompressivverband. Der Verlauf der Heilung war ungestört. Sehr rasch nahmen die akromegalischen Erscheinungen ab und noch 1919 wurde der Patient in gutem Wohlbefinden beobachtet.

Die Verff. schliessen der Schilderung dieses Falles folgende Angaben an: Operative Schwierigkeiten können erwachsen aus starken Verdickungen der Wandungen der Keilbeinhöhlen über 1 cm, aus abnormer Lagerung der Hypophyse, aus Unregelmässigkeiten im Verlauf der grossen Blutgefässe und des Sehnerven, aus verschiedenen Stellungen und Verkrümmung der Scheidewand der Keilbeinsinus usw. Deshalb sei es unerlässlich, eine vollständige Fertigkeit im Lesen der Röntgenbilder zu besitzen, welche die genannten anatomischen Abnormitäten im Voraus erkennbar machen.

Die Indikationen zur Operation sind: Progressive Sehstörungen, starke Druckerscheinungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, psychische und sogar maniakalische Verstimmungen. Diabetes bildet keine Kontraindikation.

Die Prognose ist sehr verschieden, Herstellung bis zur Wiederaufnahme der gewohnten Beschäftigung sehr selten. Immerhin werden Dauerresultate dieser Art von 2—4 Jahren berichtet. Sehstörungen können sich teilweise oder ganz zurückbilden, desgleichen auch das ganze Syndrom der Akromegalie.

Der klinische Dauererfolg hänge ab von der Rechtzeitigkeit der Operation, welche sehr häufig zu wünschen übrig lasse, und von der Art der Geschwulstbildung.

Die Röntgentherapie als primäre Behandlung lasse oft im Stich, sie sei dagegen sehr wertvoll als Massnahme gegen Rezidive und zur Erhaltung der Operationsergebnisse.

Aetiologisch spielen eine Rolle: 1. Verletzungen z. B. durch Geschosse, spontane Blutungen, Missbildungen, aneurysmatische Entartung der Blutgefässe, ferner die Syphilis und, in höherem Masse, die Tuberkulose; endlich auch metastatisches Karzinom und Echinokokkus.

Endlich werden noch die verschiedensten Geschwulstbildungen der Glandula pituitaria angeführt: Fibrome, Sarkome, maligne Adenome, strumöse und zystische Entartung; auch eine Schwangerschaftshypertrophie analog der Schilddrüse.

Jedenfalls darf zum Schluss gesagt werden, dass grosses encheiretisches Talent namhafter Rhinologen die Hypophysenchirurgie auf die heutige hohe Stufe gehoben hat.

JONQUIÈRE.

13) **Edwin A. Griffin** (Brooklyn, New York). **Eine neue chirurgische Behandlung der atrophischen Rhinitis. (New surgical treatment of atrophic rhinitis.)** *Med. Record. 27. Oktober 1917.*

Die Mukosa der unteren Muschel wird inzidiert bis auf den Knochen und der

ganzen Länge nach von hinten nach vorn gespalten. Dann wird sie losgelöst und nach unten geklappt. Darauf wird die Muschel frakturiert, indem man irgend ein stumpfes Instrument, wie ein Raspatorium (für das Septum) einführt bis zur Mitte. Die Nasenhöhle wird jetzt mit in Oel getauchter Gaze tamponiert. Man vergesse nicht, beide Seiten der Muschel, d. h. die äussere und die innere Seite, zu tamponieren und die Wunde chirurgisch zu behandeln. Nach etwa 7 Wochen sehen wir Granulationsgewebe und ein bedeutendes Wachstum der Schleimhaut. Einige Wochen später wird die andere Seite ähnlich behandelt.

FREUDENTHAL.

14) **Wilhelm Benölken. Die Solitärpolypen der Nasonnebenhöhlen.** *Diss. Giessen 1919.*

20 Fälle von Solitärpolypen aus der Giessener Halsklinik. Die operative Entfernung wurde grösstenteils mit dem Lange'schen Haken ausgeführt. Rezidive waren selten. Eine Radikaloperation von der Kieferhöhle erwies sich in den Fällen als nicht nötig. Die Röntgenaufnahme der Kieferhöhle in 11 Fällen ergab 9 mal eine deutliche oder wenigstens geringe Verschleierung. In 14 von ihm untersuchten Fällen war ohne Ausnahme das Foramen accessorium erweitert.

DREYFUSS.

15) **K. Haiegseth** (Horten). **Ein Fall von Hirnabszess nasalen Ursprungs; Heilung.** *Norsk Magazin for Laegevidenskaben (Christiania). 5. Serie. Bd. XVII. No. 8. August 1919. La Presse méd. 8. November 1919. S. 671.*

Ein 14 jähriges Mädchen erkrankte 14 Tage nach einer Koryza bei Grippe an einer linksseitigen akuten Stirnhöhleneiterung. Da ein Durchbruch nach aussen drohte, wurde die Stirnhöhle eröffnet. Nachdem 14 Tage lang alles gut gegangen war, traten Kopfschmerzen und Erbrechen ein. Die Temperatur blieb normal; der Radialpuls betrug 52—56 in der Minute.

Es wurde in der Schläfengegend trepaniert. Durch die frankstückgrosse Trepanationsöffnung konstatierte man, dass die Dura gespannt war. Nach kreuzförmiger Inzision der Meningen wurde eine Hirnpunktion gemacht, die in 25 mm Tiefe Eiter ergab, der nicht fötid war; es entleerte sich ein Esslöffel Eiter. In die Abszesshöhle wurde ein Drain eingelegt. Nach Eröffnung des Abszesses stieg der Puls auf 60. Nach 5 Wochen wurde der Drain fortgelassen. 3 Monate später konnte Pat. das Hospital geheilt entlassen; das Andauern der Heilung konnte 4 Monate später konstatiert werden.

FINDER.

16) **Emil Niederauer. Vier Fälle von Orbitalerkrankungen.** *Diss. Heidelberg 1919.*

Fall 1. 77 Jahre alter Mann. Akut aufgetretene Schmerzen und Protrusio bulbi dextri. Ueber dem äusseren oberen Augenhöhlenrand zur Schläfe hin eine balgartige Geschwulst von etwa 3 cm Durchmesser und mehreren Zentimetern Höhe, fluktuierend. In der Gegend der rechten mittleren Muschel Entleerung von Eiter und fettigen Epidermisschuppen. Abschwellung nach Entleerung von Grütze aus der Nase. — Vor 15 Jahren hatte Pat. bereits einmal Grützebrei aus der Nase geschneuzt. Anscheinend vereitertes Atherom der Kieferhöhle, das mit dem äusseren Atherom in zwerchsackförmiger Verbindung stand.

Fall 2. Ausgehend von Kopferysipel rechtsseitiger Wangen-, Lid- und Orbitalabszess mit Amaurose.

Fall 3. Orbitalphlegmone nach akutem Schnupfen, anscheinend ohne Nebenhöhlenbeteiligung. Ausheilung nach tiefen Inzisionen mit voller Sehschärfe, aber Beweglichkeitsstörungen des Bulbus.

Fall 4. 18 Jahre alter Schlosser. Orbitalphlegmone bei bestehender chronischer Stirnhöhlen- und Siebbeinzelleneiterung. Radikaloperation der Stirnhöhle. Später Hirnabszess, der eröffnet wurde, aber rezidivierte. Gehirnprolaps. Nochmalige Entleerung eines Abszesses. Tod $^1/_2$ Jahr nach Beginn der akuten Erscheinungen.

DREYFUSS.

17) **Tommaso Mancioli. Einfluss der Traumen auf den Gesang. Ein Fall von traumatischer Ethmoiditis bei einer Sängerin. (Influenza dei traumi sul canto. Un caso di etmoidite traumatica in una cantante.)** *Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma. Anno XII. 1914.*

Eine Dame war bei einem Zusammenstoss ihres Dogkarts mit einem Omnibus zur Erde geschleudert worden und hatte eine Gehirnerschütterung und Verletzungen an der Nase erlitten. Als Folge des Anfalls blieben Kopfschmerzen und Ausfluss aus der rechten Nase zurück. Pat. war Gesangschülerin und hatte die Absicht, bald auf der Bühne zu debütieren. Als sie ihre Stunden wieder aufnahm, bemerkte sie, dass ihre Stimme gelitten hatte. Sie trat zwar drei Jahre nach dem Unfall auf, musste aber nach mehreren Versuchen ihre Tätigkeit als Sängerin aufgeben. Verf. wurde in einem Rechtsstreit 9 Jahre nach dem Unfall um ein Gutachten ersucht. Er konstatierte eine rechtsseitige Ethmoiditis und eine leichte Parese der rechten Stimmbandspanner, ferner gewisse nervöse Störungen. Verf. kommt in seinem ausführlich begründeten Gutachten zu dem Ergebnis, dass Pat. $^1/_3$ erwerbsunfähig ist.

CALAMIDA.

18) **M. P. Jacques. Ueber die Diagnose der Zahnzysten des Oberkiefers. (Sur le diagnostic des kystes paradentaires du maxillaire supérieur.)** *La Presse méd. 19. November 1919.*

Verf. unterscheidet die geschlossene und die offene Zahnzyste; er bespricht die Differentialdiagnose der ersteren gegenüber der Mukozele des Antrum, den malignen Tumoren, der letzteren gegenüber der Sinusitis und dem Zahnabszess.

FINDER.

19) **Gordon B. New. Troikart und Irrigationskanüle für die Kieferhöhle. (Antrum trocar and irrigating canula.)** *The Laryngoscope. Dezember 1915.*

Der Abbildung nach zu schliessen hat dieser Troikart nichts vor den gebräuchlichen voraus. (Ref. zieht prinzipiell dem Gebrauch des Troikarts die vom Motor getriebene Trephine vor, die ohne Schmerzen auch die dickste nasale Kieferhöhlenwand durchdringt und eine grosse ovale Oeffnung macht.) OTTO FREER.

20) **E. Kohn-Enriquez. Die Pseudo-Tuberkulosen naso-pharyngealen Ursprungs. (Les pseudo-tuberculoses d'origine naso-pharyngienne.)** *Thèse de Paris. 1919.*

Rist und Sergent haben gezeigt, dass es eine grosse Anzahl von Kranken gibt, die auf Grund der verfeinerten Auskultationsmethoden und besonders der

Radioskopie zu unrecht als tuberkulös betrachtet werden, während es sich in Wahrheit um Pseudo-Tuberkulöse handelt, die seit langen Jahren an einer chronischen Affektion des Rhino-Pharynx leiden. Diese chronischen Affektionen der Nasenhöhlen und des Kavum treten lokal auf unter dem Zeichen einer mehr oder minder ausgesprochenen Verstopfung, die bald im vorderen bald im hinteren Teil der Nase ihren Sitz hat, ferner unter dem Bilde einer veränderten Sekretion, die sehr reich an Mikroorganismen ist und bisweilen als aus den Sinus stammende Eiterabsonderung.

Die mechanische Behinderung für den Eintritt der Luft in die oberen Luftwege zwingt den Pat. mit offenem Munde zu atmen; dadurch wird ein Spasmus der Glottis hervorgerufen, der mit der Länge der Inspiration progressiv zunimmt; so erklärt sich die Respirationsinsuffizienz, die eine veritable Folge jeder Nasenverstopfung ist. Geht diese bis auf die Kindheit zurück, so entwickelt sich eine Missbildung des Thorax und Veränderung der Atmungskapazität. Die Alveolen in den Lungenspitzen entfalten sich schlecht oder gar nicht. Durch das fortwährende Verschlucken, besonders bei Nacht, der im Nasenrachen sich ansammelnden Nasensekrete tritt eine Intoxikation ein, besonders im Gastro-Instestinaltrakt, aus der sich die Allgemeinsymptome erklären lassen: Abmagerung, Anämie, Dyspepsie, nervöse Störungen, Schweisse, Fieber, Albuminurie und bis zu einem gewissen Grade die Dyspnoe.

Die Differentialdiagnose zwischen diesen Pseudo-Tuberkulosen und der wirklichen Tuberkulose geschieht durch Kombination der rhino-laryngologischen Untersuchung und der Radioskopie. Letztere gestattet den Schatten infolge eine tuberkulöse Infiltration des Lungenparenchyms zu unterscheiden von dem bei mangelnder Ausdehnung der Alveolen.

Die physikalischen Zeichen und die Allgemeinsymptome verschwinden unter Lokalbehandlung in Verbindung mit Atemgymnastik. FINDER.

c) Mundrachenhöhle.

21) **Gordon B. New** (Rochester, Minn.). **Blastomykose der Zunge. (Blastomycosis of the tongue.)** *Journ. Amer. med. assoc. 20. Januar 1917.*

Die Anamnese dieses Falles, des zweiten in der Literatur, ergibt, dass der 52jährige Pat. vor 11 Monaten einen starken elektrischen Schlag erhielt, worauf bereits am nächsten Tage seine Zunge an der Basis stark geschwollen war. Acht Monate wurde er von verschiedener Seite behandelt und verlor dabei 60 Pfund an Gewicht, konnte nur flüssige Nahrung zu sich nehmen, Schlaflosigkeit trat ein usw. Die Untersuchung ergab einen den ganzen Pharynx ausfüllenden Tumor, der sich ziemlich hart anfühlte. Es hatten sich rundliche Falten gebildet, zwischen denen grauweisse Felder waren. Die Diagnose wurde mikroskopisch gestellt, und die Behandlung bestand in der Applikation von Radium sowie Jodkalium innerlich in grossen Dosen. Heilung. FREUDENTHAL.

22) **James A. Babbitt** (Philadelphia, Pa.). **Die Zungentonsille und ihre Chirurgie. (The status of the lingual tonsil and its surgery.)** *Pennsylvania med. journ. April 1917.*

B. hebt die Häufigkeit der Zungentonsille und die Mannigfaltigkeit der nur

zu oft übersehenen Erkrankungen derselben hervor. Bei den meisten Berufsrednern und Sängern sieht man Varikositäten, die mit einem Gefühl der Völle und dem Bedürfnis, sich beständig zu räuspern, einhergehen. Palliativ empfiehlt B. dagegen lokale Applikationen. Von chirurgischen Massnahmen erwähnt er 1. die Entfernung der hypertrophischen Tonsille mit einer Schere, einem Tonsillotom oder der Schlinge, 2. die Galvanokaustik bzw. galvanokaustische Schlinge, 3. Chromsäure oder Trichloressigsäure. Wenn die Schlinge benutzt wird, so hält ein knieender Assistent den Kehlkopfspiegel gegen die Uvula, während der Operateur beide Hände braucht, eine zum Fassen der Zungentonsille und die zweite für die Schlinge. Vorsicht in der Menge des zu entfernenden Gewebes ist geboten.

FREUDENTHAL.

23) **A. Barth** (Leipzig). **Oertliche Behandlung infektiöser, besonders auch ulzerierender Anginen mit Salizylsäure.** *Deutsche med. Wochenschr. No. 23. S. 627. 1919.*

B. hat von der lokalen Behandlung der Diphtherie mit Salizylsäure (10proz. Lösung in Alkohol und Glyzerin zu gleichen Teilen) gute Erfolge gesehen. Er hält diese Behandlung auch für zweckmässig bei hartnäckigen Bazillenträgern im Anschluss an die Serumbehandlung oder vor ihr. Vor allem empfiehlt sich die Salizylsäure für die verschiedenen Formen der Angina Plaut-Vincenti, bei denen er allerdings auch Günstiges von der lokalen Neosalvarsantherapie beobachtet hat, eventuell verbunden mit intravenösen Arseneinspritzungen. Die Betupfung mit Salizylsäure wird eventuell 2—3mal am nächsten bzw. übernächsten Tag wiederholt und zugleich werden Gurgelungen angeordnet mit 10proz. Salizylsäure in Alkohol 15—20 Tropfen in einem Glas Wasser halbstündlich. R. HOFFMANN.

24) **Pfleiderer** (Ulm). **Zur Frage der Mandelbehandlung.** *Württemb. Korresp.-Blatt. No. 46. 1919.*

Jeder Fall von Neigung zu Mandelentzündung, von Mundatmung, von Mandelschwellung, von schleichender Rachenentzündung wird mit Massage des Nasenrachens und der Gaumenmandeln behandelt und dazu eine „Rachenmassagesonde" benutzt. Die Massage nach 2—3 Wochen wiederholt. SEIFERT.

25) **Vincenzo Montesano. Ulzerierter und hypertrophischer Primäraffekt der rechten Tonsille und des vorderen Gaumenbogens. (Sifiloma iniziale ulcerato ed ipertrofico della tonsilla e del pilastro anteriore di destra.)** *Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma. Anno XII. 1914.*

Die Gaumenbögen auf der rechten Seite waren rot und infiltriert, die Tonsille hochgradig geschwollen, mit einer grossen Ulzeration bedeckt, die sich auf den vorderen Gaumenbogen ausdehnte; bei der Palpation fühlte sich die Tonsille knorpelhart an. Die submaxillaren und zervikalen Drüsen geschwollen, indolente Drüsen in der Achselhöhle, Ellenbeuge, Inguinalgegend. Nach einigen Tagen erschien auf der Haut ein typisches makulo-papulöses Exanthem. Pat. führt die Erkrankung zurück auf Pinselungen, die ihm ein Arzt wegen Rachenkatarrhs machte, und Verf. ist geneigt ihm zu glauben und den Gebrauch nicht genügend gereinigter Instrumente für die Infektion anzuschuldigen. CALAMIDA.

26) **Carlo Verdozzi. Tonsillarsarkom mit diffuser Infiltration der tiefen Halsgewebe mit Metastasen nur in der Milz. (Sarcoma tonsillare diffuso ai tessuti profondi del collo con metastasi soltanti nella milza.)** *Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma. Anno XII. 1914.*

Es handelt sich um ein von der Tonsille ausgehendes Sarkom, das auf den Gaumen übergegriffen und sich auf eine grosse Zahl von Lymphdrüsen des Mundbodens, des Halses und der Achselgegend verbreitet hatte mit Infiltration der benachbarten Gewebe; es waren an einzelnen Stellen Erweichungsherde aufgetreten mit Ulzerationen der darüberliegenden Haut. Von inneren Organen wies nur die Milz eine Metastase auf. Bei der Untersuchung der Patientin frappierte besonders die Rigidität des Halses und Nackens, bedingt durch eine bretthарte, diffuse, fast gleichmässige Infiltration der Regio suprahyoidea und in den vorderen zwei Dritteln des Halses, hier und da mit kleinen fluktuierenden Zonen. Der Kopf war vollkommen fixiert; die Pat. konnte den Mund nur wenig öffnen. In der von Banti aufgestellten Klassifikation der Erkrankungen der hämolymphatischen Organe würde dieser Fall zu zählen sein unter die „neoplastischen Polylymphomatosen“.

CALAMIDA.

27) **Beck** (Kiel). **Fall von Tonsillenkarzinom, geheilt durch Radiumbehandlung.** *Med. Klinik. No. 41. S. 1043. 1919.*

Vor 5 Jahren mit Erfolg behandeltes inoperables Tonsillenkarzinom ist bisher rezidivfrei geblieben. Seit einem Vierteljahr zeigt sich in einer linken Halslymphdrüse eine Metastase, die nun ebenfalls mit Radiumbestrahlung behandelt wird.

SEIFERT.

28) **H. Rodman** (New-York). **Die modifizierte Sluder-Operation versus Schlingen- oder Ausschälungsoperation bei der Tonsillektomie. (The modified Sluder versus the snare or dissection operation in tonsillectomy.)** *New York med. journ. 28. Juni 1919.*

Wenn eine Tonsille entfernt werden soll, so muss das radikal geschehen, also durch Tonsillektomie. Die Sluder'sche Operation wird vorgenommen mit einem dem Mackenzie'schen ganz ähnlichen Instrument, nur dass es umgekehrt ist, d. h. die Innenfläche nach aussen, und dass mit einem stumpfen Messer geschnitten wird. R. gebraucht dazu eine besondere Schraube, die er aber nicht beschreibt. Das Tonsillotom wird von unten und hinten eingeführt und dann nach aufwärts, vorwärts und aussen gepresst, bis die ganze Mandel sich im Instrument befindet. Die Vorteile dieser Methode sind folgende: Man braucht nur ein Instrument. Die ganze Operation geschieht äusserst schnell, infolgedessen auch kurze Anästhesie, die Gefahr ist geringer und weniger Blutung. Unter lokaler Anästhesie muss man aber die andere Methode anwenden, ebenso wie bei sehr tief liegenden Mandeln und dort, wo Adhäsionen sind.

FREUDENTHAL

29) **Harold Swanberg** (Salt Lake City). **Dislokation des Atlas nach vorne nach einer Tonsillektomie. (Anterior dislocation of atlas following tonsillectomy.)** *Journ. Amer. med. assoc. 11. Januar 1919.*

An einem 22jährigen Soldaten wurde unter lokaler Anästhesie Tonsillektomie

gemacht, worauf in der folgenden Nacht plötzlich Steifigkeit des Nackens und Schmerzhaftigkeit eintrat. Man suchte nach einem Infektionsherd, aber vergeblich. Ein Zahn wurde entfernt, Fragmente einer Tonsille desgleichen, und die Röntgenaufnahme ergab die Diagnose: Osteoarthritis. Eine nochmalige Aufnahme 6 Monate später liess keinen Zweifel über die Diagnose einer Dislokation des Atlas, welch letzterer übrigens auch im Pharynx palpierbar war. Trotz mannigfacher Manipulationen trat keine Besserung ein.

FREUDENTHAL.

30) **Elmer L. Kenyon** (Chicago, Ill.). **Die Grundlagen für die Schädigung der Stimme nach Tonsillektomie. (The foundations of voice impairment resulting from tonsillectomy.)** *Journ. Amer. med. assoc. 1. September 1917.*

Eine ausführliche Studie über die Physiologie des weichen Gaumens und über die mechanisch-physiologische Wichtigkeit der Tonsille selbst. Dieselbe beruht auf Untersuchungen an 161 tonsillektomierten Patienten und 30 Fällen von Störungen der Stimme und anderen üblen Resultaten. Diese Untersuchungen haben das Gefühl der Unruhe und Ungewissheit nicht beseitigen können, das man hat mit Bezug auf den Effekt der Operation auf die Sprach- oder Singstimme.

FREUDENTHAL.

31) **J. Coleman** (New York). **Apothesin-Anästhesie bei der Tonsillektomie. (The use of apothesine anesthesia in tonsillectomy.)** *New York med. journ. 5. Juli 1919.*

Chemisch ist Apothesin dem Novokain nahe verwandt, es lässt sich leicht kochen, ist leicht löslich, auch mit Adrenalin, und ist etwa $^1/_7$ so giftig wie Kokain, also praktisch nicht toxisch. C. gebraucht eine 2proz. Lösung, die in den vorderen und hinteren Gaumenbogen injiziert wird, nicht in die Tonsille. (Dr. Joseph Wiener benutzte bei einer Laparotomie eine $^1/_3$proz. Lösung mit ausgezeichnetem Erfolg.) In 30 Fällen wirkte Apothesin gut, und die Anästhesie hielt stets mehr als 2 Stunden an.

FREUDENTHAL.

32) **James Donelan. Zungenhalter und Depressor für Tonsillektomie. (Tongue-holder and depressor for tonsillectomy.)** *The journ. of laryng., rhin. and otol. Dezember 1919.*

Das Instrument besteht aus einer Art Museux, über dem ein gefensterter Zungendepressor befestigt ist. Der in Narkose befindliche Patient liegt mit dem Kopf über einem Kissen; die Zunge wird von dem Narkotiseur hinten auf dem Zungenrücken gut gefasst, nach vorn gezogen und gleichzeitig herabgedrückt, so dass die Atmung frei und das Operationsfeld gut übersichtlich ist. Illustriert. Das Instrument wird angefertigt bei Mayer & Phelps.

FINDER.

d) Diphtherie und Croup.

33) **Hedwig Fricke. Die Säuglingsdiphtherieepidemien in der Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen in den Jahren 1910—1918.** *Diss. Göttingen 1919.*

Bericht über eine Reihe kleinerer Endemien, die sich fast ausschliesslich in Form von Nabel- und Nasendiphtherien äusserten. Die Infektionen wurden wahr-

scheinlich durch Dauerträger unter den Hebammenschülerinnen, in einem Falle durch Infektion einer Brustwarze bei einer Amme, die 2 Kinder stillte, verursacht.

DREYFUSS.

34) **Henry J. Cartin** (Johnstown, Pa.). **Intubation des Larynx. (Intubation of the larynx.)** *Journ. Amer. med. assoc. 11. August 1917.*

In den Jahren 1905 bis 1917 intubierte C. 350 Kinder in seiner Privatpraxis unter sehr ungünstigen Verhältnissen bei einer armen Bevölkerung, meist ohne gute Beleuchtung und ohne geschulte Assistenz. Trotzdem waren die Resultate günstig. C. gebraucht Hartgummituben, die er in der Rückenlage einführt. Der Faden wird stets entfernt, weil er den Pharynx zum Husten reizt. Auch nimmt C. eine Tube, die für ein 6—12 Monate älteres Kind bestimmt wäre, und vermeidet so das Aushusten derselben. Ausserdem aber gibt er sofort eine einmalige Dosis Antitoxin von 15000—50000 Einheiten. Er lässt die Tube 5 Tage tragen und hält eine besondere Diät für nicht erforderlich.

FREUDENTHAL.

e I) Kehlkopf und Luftröhre.

35) **Ludwig Rehn. Automatische Kippbewegungen der Giessbeckenknorpel.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 32. H. 2.*

Verf. sah in 3 Fällen von eröffnetem Kehlkopf eine Kippbewegung der Giessbeckenknorpel nach hinten. Gleichzeitig mit der Bewegung erfolgte eine Entleerung des Ventrikulus von darin aufgesammeltem Schleim, der durch die Kippbewegung schlundwärts befördert wurde. Er sieht in den Ventrikeln ein Reservoir für die gleichmässige Befeuchtung der Stimmbänder mit Schleim. Durch die Kippbewegung wird nach Verf.'s Ansicht eine Regulierung des Inhalts der Ventrikel gewährleistet.

BRADT.

36) **R. Imhofer** (Prag). **Stimmbandabszess unter dem Bilde eines Polypen.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 32. H. 2.*

Verf. will im Anschluss an einen von ihm beobachteten Fall von Stimmbandpolypen die Frage der Gewebswucherung durch pathologische Larynxfunktion behandeln. Er führt die Entstehung eines Teiles der Polypen oder Papillome oder Fibrome zurück auf vermehrte Pressung der Stimmbänder gegen einander. Diese Pressung kann bedingt sein durch einen in der Tiefe des Stimmbandes sitzenden pathologischen Prozess oder durch übermässige Kraftanstrengung bei der Phonation. Es ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, besonders bei breit gestielten Polypen, den Kranken längere Zeit post operationem zu beobachten, um die Ursache ihrer Entstehung kennen zu lernen und eventuell therapeutisch anzugreifen.

BRADT.

37) **John E. Mackenty** (New York). **Chirurgische Behandlung des Larynxkarzinoms. (Surgical treatment of laryngeal cancer.)** *Boston med. and surgical journ. 26. Juli 1917.*

In diesem bemerkenswerten Artikel verdammt M. alle intralaryngealen Methoden. Auch nach der Thyreotomie traten so häufig Rückfälle ein, dass dadurch

die Malignität nur vermehrt und wertvolle Zeit verloren wurde. Er gibt genaue Indikation für die totale Laryngektomie, die eine einzeitige sein muss, und für die Hemilaryngektomie, an. Wichtig ist bei allen Fällen des Verf.'s die gänzliche Abwesenheit von Lungenkomplikationen. Dies wurde nur ermöglicht durch die von ihm angewandte intratracheale Saugmethode. (Ein kleiner Katheter wird nach der Operation bis zur Bifurkation eingeführt und das Sekret einige Tage lang stündlich oder zweistündlich je nach der Menge desselben ausgesaugt.)

FREUDENTHAL.

38) **Hug** (Luzern). **Epithelioma spino- et basocellulare der Luftröhre.** *Korresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 47. 1919.*

Verf. betont im Eingang die grosse Seltenheit der inneren Luftröhrengeschwülste; die bösartigen machen durchschnittlich 20pCt. aus. Am häufigsten seien die Osteochondrome, fast ebenso häufig die Papillome.

Der Fall des Verf.'s, den derselbe mittelst eines Röhrenspatels unter Lokalanästhesie in einer Sitzung gründlich operierte, war ein Epitheliom mit dem Charakter von Pflasterepithel, vielen Basalzellen und reichlichen Mitosen in den Epithelnestern. Auch ein grosser Reichtum von zystenartigen Hohlräumen mit Flimmerepithel konnte nachgewiesen werden.

Verf. nimmt nach Hediger an, dieses ganz seltene Geschwülstchen sei auf kongenital versprengte Epithelien der Mundschleimhaut zurückzuführen. Ueber das weitere Schicksal der 32jährigen Patientin wird nichts bemerkt.

JONQUIÈRE.

39) **M. Seemann** (Berlin). **Die phonetische Behandlung bei einseitiger Rekurrenslähmung.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 32. H. 2.*

S. hat sich bemüht, die Methoden der experimentellen Phonetik für das Studium und die Behandlung pathologischer Zustände, besonders für die einseitige Rekurrenslähmung nutzbar zu machen. Hierbei ergab sich zunächst, dass im Gegensatz zu den übrigen in der Halsregion verlaufenden Hirnnerven die Verletzungen des Rekurrens sich sehr schwer ausgleichen.

Als charakteristische Zeichen der einseitigen Rekurrenslähmung sieht S. an: den starken Atemverbrauch beim Sprechen, das eigenartige Flattern der Stimme, ihre Monotonie und mangelhafte Modulationsfähigkeit. Der Stimmumfang ist sehr herabgesetzt. Es wird forciert gesprochen und infolgedessen werden die äusseren Halsmuskeln in Aktion gesetzt und es entsteht Fistelstimme. Ausser diesen lokalen bestehen Allgemeinstörungen der Atmung und der Atmungsorgane, sowie die Erschwerung des Pressens.

Die Therapie muss sich bemühen statt der in unbehandelten Fällen als Endergebnis sich einstellenden Fistelstimme eine dauernd brauchbare, kräftige Bruststimme zu erzielen.

S. gibt eine Beschreibung seiner Uebungen und der von ihm für die Beurteilung des Falles herangezogenen stroboskopischen Methode. Seine günstigen Resultate legen es nahe, diesen Weg in ausgedehnterem Masse als bisher zu beschreiten, da die mechanischen und operativen Massnahmen doch nur unvollkommene Resultate gezeitigt haben.

BRADT.

40) **H. Krause** (Berlin). **Ein bemerkenswerter Erfolg der intralaryngealen Elektrisierung.** *Med. Klinik. No. 44. 1919.*

Ein im 6. Lebensjahre wegen Diphtherie tracheotomierter, jetzt 28jähriger Mann sprach ohne Stimme, mit einem groben Geräusch und litt an mässigem Stridor. Durch den bis in die obere Hälfte des Schildknorpels sich erstreckenden Schnitt bei der Tracheotomie waren intralaryngeal das linke Stimm- und Taschenband in eine Narbe mit hineinbezogen worden. Durch tägliche endolaryngeale Faradisation wurde eine wesentliche Stimmbesserung erzielt. SEIFERT.

41) **Robert Schnitzer** (Berlin-Schöneberg). **Ueber Tracheopathia osteoplastica.** *Arch. f. Laryng. u. Rhin. Bd. 32. H. 2.*

Sch. gibt in sehr eingehender Schilderung eine Uebersicht über die verschiedenen Befunde und Auffassungen bei der Tracheopathia osteoplastica in kritischer Würdigung auf Grund eigener Erfahrung bei 5 Fällen. Sch. glaubt, dass sowohl hinsichtlich der Aetiologie wie auch der Histogenese eine innere Zusammengehörigkeit und Einheitlichkeit der mannigfaltigen Erkrankungsformen besteht. Er stellt folgendes fest:

1. Die unter dem Bilde einer reibeisenartigen Umwandlung der Luftröhre erscheinende Erkrankung besteht in der Einlagerung von Knochen- und Knorpelinseln in die Submukosa über und zwischen den Trachealknorpelspangen (Tracheopathia chondroosteoplastica).

2. Sie beruht auf einer kongenitalen Missbildung des gesamten trachealen Bindegewebes, das in einer chemischen Umstimmung des Stützgewebes bestehen muss. Denn aus dem hyalin gequollenen Bindegewebe geht die chondroide Keimsubstanz der Neubildungen hervor.

3. Die chondroide Substanz entwickelt sich in 2 Formen weiter: a) Verkalkung, Bildung von Faserknochen mit Auftreten von Osteoid bei Anwesenheit von Osteoblasten und Riesenzellen. b) Bildung selbständiger Knorpelinseln, die meist peripher verkalken können und dann verknöchern.

4. Jeder junge Knochen ist bindegewebiger Herkunft, er wird zu lamellärem Knochen umgebaut und enthält dann einen oder mehrere Markräume. Der lamelläre Knochen ist ein Gewebe mit trägen Lebensvorgängen, das nur noch vereinzelt Wachstumsvorgänge in Gestalt nicht lamellär gebauter Zapfen und Vorsprünge aufweist.

5. Alle Verbindungen mit dem Trachealknorpel und seinem Perichondrium sind sekundär. Sie sind entweder einfach fibrös oder auch knorpelig. Im letzten Falle sind stärkere Reizungen des Perichondriums durch die respiratorisch bewegten Neubildungen vorhergegangen.

6. Das elastische System der Trachea ist insofern beteiligt, als in die jüngsten Veränderungen auch elastische Fasern in geringer Zahl und Stärke einbezogen werden. Eine Beschränkung der Neubildungen auf den elastischen Faserapparat besteht keinesfalls.

7. Die Submukosa ist im Sinne einer Atrophie verändert, die Drüsen werden komprimiert. Folgen dieser Atrophie, verbunden mit der Einwirkung der Neu-

bildungen sind: Verunstaltung der Trachealknorpel, Faltung der Schleimhaut, Fettgewebswucherung ex vacuo.

8. Die chronische Entzündung spielt bei der Entstehung der Tracheopathia osteoplastica zweifellos nur eine untergeordnete Rolle, in der Mehrzahl der Fälle wahrscheinlich überhaupt keine. BRADT.

42) **Robert F. Ridpath** (Philadelphia, Pa.). **Die nichtchirurgische bronchoskopische Therapie und deren Begrenzung. (The possibilities and limitations of nonsurgical bronchoscopic treatment.)** *Journ. Amer. med. assoc. 27. Jan. 1917.*

In dunklen Fällen ist die Untersuchung der Trachea und Bronchien von grosser Bedeutung. So sind Tumoren, die von aussen auf diese Teile drücken, gar nicht selten. Aber auch im Inneren derselben sieht man Kalkablagerungen an den Trachealringen „so leicht, als wären sie auf den Fingernägeln", ferner diphtheritische Membranen, Papillome, Ulzerationen und Strikturen, die alle der Behandlung zugänglich sind. Die Tracheitis und Tracheo-Bronchitis gehören zu den häufigen Vorkommnissen und zeigen sich entweder in einer entzündlichen Schwellung der Schleimhaut oder in einer trockenen, mit Krusten bedeckten Form.

Die endoskopische Behandlung des bronchialen Asthmas führt in einer grossen Zahl der Fälle zum Ziel. R. sah einmal ein Papillom an der Karina und auch ein Ulkus im rechten Bronchus. Bei Larynxpapillomen von Kindern wendet er die Fulguration, Radium, Röntgenbestrahlung oder lokale medikamentöse Bestrahlung an.

Die Grenzen der endoskopischen Therapie sind gegeben durch Herzfehler, die eine Untersuchung nicht zulassen, durch langdauerndes Asthma oder durch einen kurzen, dicken Hals. Arthritis der Wirbelkörper, Ankylose des Kiefergelenks, schwere Dyspnoe, Aneurysmen, Arteriosklerose und Strumen, die stark auf die Trachea drücken, sowie schliesslich Idiosynkrasie gegen Kokain sind weitere Hindernisse. FREUDENTHAL.

e II) Stimme und Sprache.

43) **Johann Göpfert. Zur Behandlung der hysterischen Taubheit und Stummheit.** *Vox. H. 5/6. S. 154. 1918.*

4 Fälle, darunter 2 Mutismen, die durch Uebungsbehandlung geheilt wurden. Ein Fall eignete sich wegen Erregungszuständen nicht für Schnellheilung. G. kennt offenbar nur einen kleinen Teil der einschlägigen Literatur.

NADOLECZNY.

44) **G. Panconcelli-Calzia. Die Phonoposoto- und Phonotopometrie. Ein Einheitsmass für die Bestimmung der Stimmhaftigkeit auf rechnerischem Wege oder durch den Proportionszirkel nach Schneider.** *Vox. H. 1/2. S. 18. 1919.*

Unter obigen etwas baroken Fremdwörtern versteht C. die Messung des Grades und des Ortes der Stimme bei einer phonetischen Erscheinung auf einer mit dem Kehltonschreiber gewonnenen Kymographionaufnahme. Abbildung des im Titel erwähnten Zirkels und Zahlenbeispiele in Tabellen. NADOLECZNY.

45) **H. Streim. Ueber die Bearbeitung von Atembewegungskurven.** *Vox. H. 1/2. S. 1. 1919.*

Str. bespricht die Methodik der Bearbeitung von Atemkurven zur Bestimmung von Frequenz der Atemzüge, ihrer Dauer, Ausdehnung und Geschwindigkeit, des Synchronismus und des Atemtypus. Zur Bestimmung der richtigen Abszissenpunkte hat er das Ordinatenlineal von Landois für 2 Kurven als Kreisbogenschablone umgearbeitet. Die Ausschlaghöhe der Schreibhebel wurde zum Zweck der Messung der Ausdehnung jeweils vor jeder Aufnahme mittels Aufblasen und Kontrolle durch ein Hg-Manometer geaicht. Str. gibt Berechnungsbeispiele und eine Uebersicht über die Literatur unter Ausschluss der Arbeiten der Wundtschen Schule. NADOLECZNY.

46) **G. Panconcelli-Calzia. Ueber einige Aenderungen an der Schreibkapsel nach Ganske.** *Vox. H. 1/2. S. 27. 1919.*

Die Kapsel wurde durch Entfernung der Federn und einige andere Aenderungen stabiler, handlicher und durch Vergrösserung für stärkeres Anblasen zweckmässiger gestaltet. NADOLECZNY.

47) **Helene Streim. Von einer neuen Registrierfläche zum Lioretgraphen.** *Vox. H. 5 u. 6. S. 168. 1918.*

Beschreibung einer bequemeren und grösseren Aufnahmetrommel, die deutlichere Vokalkurvenaufnahmen gestattet mit geringeren Fehlern. NADOLECZNY.

f) Schilddrüse.

48) **Roberto Alessandri. Eitrige Strumitis durch Paratyphus A. (Strumite suppurativa da paratifo A.)** *Atti della clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma. Anno XII. 1914.*

Es handelte sich um eine 27jährige Pat., die im September und Oktober eine Allgemeininfektion durchgemacht hatte, bei der es sich wahrscheinlich um Paratyphus gehandelt hatte, die aber fälschlich als Malaria gedeutet worden war, und die im November mit einer eitrigen Strumitis in die Klinik kam. Die Untersuchung des durch Inzision entleerten Eiters ergab einen Bazillus, der als Paratyphus A identifiziert wurde; es handelte sich also um eine sekundäre Lokalisation der Allgemeininfektion. Der Paratyphus A ist bisher sehr selten als Eitererreger nachgewiesen worden. CALAMIDA.

49) **Alfred Koch. Ueber Struma maligna und ihre Behandlung auf Grund der seit Einführung der Röntgenbestrahlung maligner Tumoren in der chirurgischen Klinik zu Freiburg beobachteten Fälle.** *Diss. Freiburg 1919.*

Beschreibung von 24 Fällen; bei einigen wurde Bestrahlung angewandt, aber ohne Erfolg. DREYFUSS.

50) **Wilhelm Müller. Zur Kasuistik der Struma maligna.** *Diss. Berlin 1919.*

Beschreibung von 23 malignen Strumen aus der chirurgischen Klinik der Charité, teils Karzinomen, teils Sarkomen und mehreren histologisch nicht untersuchten Tumoren. DREYFUSS.

51) **Adolf Runge. Ueber einen Fall von Echinokokkus der Schilddrüse.** *Diss. Göttingen 1919.*

Beschreibung eines Falles bei einem 17jährigen Metzger unter Beifügung der bisherigen Kasuistik (41 Fälle). DREYFUSS.

52) **H. B. Epstein** (Newark, N. J.). **Chirurgische Betrachtungen über die Operation bei Struma. (Some surgical considerations concerning the operation for goiter.)** *Amer. journ. of surg. Januar 1917.*

Bei benignen Vergrösserungen der Thyreoidea empfahl E. stets chirurgische Massnahmen. Diejenigen Patienten, die diesem Rate nicht folgten, kamen später mit Basedow zurück. E. gibt folgende Vorschriften für die Operation: 1. Grosse Inzision, 2. schnell arbeitende Assistenten, 3. nach Trennung des M. sterno-cleidomastoideus halte man sich direkt an der Drüse, 4. sorgfältige Ausschälung der oberen und lateralen Grenzen, um Verletzungen der Scheide der Karotis und des Nervus lar. inf. zu vermeiden, 5. gründliche Entfernung des oberen Endes der Drüse. FREUDENTHAL.

g) Oesophagus.

53) **Fritz Eiermnnn. Ueber seltene Komplikationen bei tuberkulöser Wirbelkaries: Bildung einer Oesophagusfistel, Entstehung einer Miliartuberkulose durch Vermittlung einer Interkostalvene und Verblutung aus derselben in den Magen- und Darmkanal.** *Diss. Erlangen 1919.*

57 Jahre alte Frau. Die Sektion ergab im Oesophagus 2 Querfinger oberhalb der Bifurkation der Trachea in der hinteren Wand ein linsengrosses Loch, von dem man in die Höhe eines kariösen Brustwirbelkörpers gelangte. Uebersicht der einschlägigen Kasuistik. DREYFUSS.

54) **Gerhard Musehold. Ueber Oesophaguskarzinome.** *Diss. Berlin 1919.*

Beschreibung eines Falles von ausgedehntem Karzinom, das kompliziert war durch ein Traktionsdivertikel in Höhe des Ringknorpels, das sich bei der Röntgenuntersuchung deutlich als solches abhob. DREYFUSS.

55) **Alfred Langbein. Ueber Oesophagusdivertikel mit Berücksichtigung des Oesophaguskarzinoms.** *Diss. Berlin 1919.*

Keppler und Erkes haben kürzlich nachgewiesen, dass sehr häufig nach dem Röntgenbild kein Zweifel besteht an der Diagnose „Divertikel“ und dass dennoch die Operation ein Karzinom zutage fördert. Laut von ihnen aufgestellter Statistik sind von etwa 250 Fällen von Oesophagusdivertikeln 3,6 pCt. kein echten Divertikel, sondern zum Teil Karzinome gewesen. Auch in zwei vom Verf. geschilderten Fällen handelte es sich, wie die Operation in der Bier'schen Klinik ergab, um spindelförmige Erweiterungen der Speiseröhre oberhalb eines Karzinoms; in einem dritten Fall, der an Inanition zugrunde ging und bei dem die Sonde bei 32 cm auf ein unüberwindliches Hindernis stiess, ergab die Autopsie ein Pulsionsdivertikel ohne Karzinom. DREYFUSS.

56) **Johannes Jander. Beitrag zur Kasuistik des Karzinoms des Oesophagus.** *Diss. Berlin 1919.*

Bericht über 103 Fälle aus der chirurgischen Klinik der Charité; der grösste Teil war schon sehr vorgeschritten und benötigte die Gastrostomie.

In 5 Fällen von Karzinom des Halsteils wurde die Resektion vorgenommen, davon starben 4 im Anschluss an die Operation, eine Patientin lebte noch 1 Jahr $8^1/_2$ Monate und starb an lokalem Rezidiv und allgemeinen Metastasen.

DREYFUSS.

57) **Jes. Schultz. Ueber Oesophagusdivertikel.** *Diss. Marburg 1919.*

Die Besonderheit dieses Falles bestand darin, dass beim Verschlucken der Speisen der Sack sich auf der rechten Halsseite vorwölbte, während die Röntgenuntersuchung eine Füllung nach links ergab.

Um sicher zu gehen, machte der Operateur (Hohmeier, Koblenz) einen Kocher'schen Kragenschnitt, untersuchte zunächst resultatlos die rechte Seite, wo sich eine stark vergrösserte Schilddrüse vorfand, die durch ihren Druck verursacht hatte, dass sich das Divertikel an der hinteren Oesophaguswand nach rechts herumgeschlagen hatte. Abtragung des Sackes. Dreifache Etagennaht. Glatte Heilung.

DREYFUSS.

58) **Jos. Kauf. Ueber Atonie der Speiseröhre.** *Diss. Breslau 1919.*

Beschreibung eines Falles bei einem 30 Jahre alten Mann.

Die Röntgenaufnahmen ergaben stundenlanges Verweilen des Wismutbreies in der Speiseröhre. Vermutlich war ein Trauma (Verschüttung durch mehrere zentnerschwere Maissäcke) die Ursache der Atonie. Eine besondere Besserung wurde erzielt durch Einnahme von Tetrahydroatophan in Tablettenform mehrmals täglich 0,1 bis zu 1,2 g pro die. Das Tetrahydroatophan bewirkt durch kräftige Bewegungsimpulse auslösbare Muskelkontraktionen. Auch in diesem Falle waren die starken peristaltischen Bewegungen des Oesophagus auf dem Röntgenschirm sichtbar.

DREYFUSS.

59) **H. Küttner** (Breslau). **Ueber häufigeres Vorkommen schwerer Speiseröhrenverätzungen während der Kriegszeit.** *Berliner klin. Wochenschr. No. 46. S. 1089. 1919.*

An der Breslauer chirurgischen Klinik wurde eine Häufung der Fälle schwerer Speiseröhrenverätzung beobachtet. In fast allen handelte es sich um Kinder und die Ursache der Verätzung war in allen Fällen — mit einer Ausnahme — das versehentliche Trinken von Natronlauge, sogenannter Seifensteinlösung, die zwecks Herstellung von Seife jetzt vielfach in den Haushaltungen vorrätig ist. Die Bereitung von Seife ist in den Haushaltungen streng verboten. Da jedoch solche Verbote nichts zu nützen pflegen, sollte von ärztlicher Seite auf die Gefahr aufmerksam gemacht und darauf gedrungen werden, dass die solche Seifensteinlösung enthaltenden Flaschen als gefährlich äusserlich gekennzeichnet und vor allem unter sicherem Verschluss gehalten werden.

R. HOFFMANN.

III. Briefkasten.

Benno Baginsky †.

Am 29. November starb der älteste Dozent für Laryngologie und Otologie an der Berliner Universität, Prof. Dr. Benno Baginsky. Geboren war er am 24. Mai 1848 in Ratibor; seine Studienzeit absolvierte er in Berlin, wo er im Jahre 1870 zum Doktor der Medizin promoviert wurde. Während des deutsch-französischen Krieges diente er als Assistenzarzt im Felde und kehrte mit dem Eisernen Kreuz — damals noch einer für Aerzte seltenen Auszeichnung — zurück. Er liess sich in Berlin zunächst als praktischer Arzt in einer hauptsächlich von ärmeren Leuten bevölkerten Gegend nieder und lernte so die Mühen und Sorgen der allgemeinen Praxis von Grund aus kennen. Daneben aber widmete er sich mit seiner ganzen Energie und dem eisernen Fleiss, der einen der Grundzüge seines Wesens ausmachte, der wissenschaftlichen und praktischen Beschäftigung mit der Rhino-Laryngologie und Otologie. Im Jahre 1880 gab er seine allgemeinärztliche Tätigkeit auf und widmete von da an seine ganze Arbeitskraft nur noch den von ihm erwählten Spezialfächern, für die er sich im Jahre 1883 an der Berliner Universität als Dozent habilitierte. Baginsky war einer der sehr wenigen — wenigstens in Deutschland —, die in jener Zeit Laryngologie und Otologie in ihrer Lehrtätigkeit vereinten und hatte also für seine Person damals die heute immer allgemeiner werdende Forderung nach der Verschmelzung beider Fächer erfüllt. Aber trotzdem oder vielleicht gerade auf Grund von Erwägungen und Erfahrungen, die sich ihm während seiner einen Zeitraum von fast vier Dezennien umfassenden Dozententätigkeit aufdrängten, hat er mir in den letzten Jahren seines Lebens oft genug versichert, dass er prinzipiell der Minderheit Recht geben müsse, die für eine Aufrechterhaltung der Selbständigkeit von Otologie und Laryngologie im akademischen Lehrplan eintrete.

Dank seiner Tüchtigkeit und Gewissenhaftigkeit, seiner Geschicklichkeit und seiner Menschenkenntnis im Umgang mit den Kranken, dank des ausgezeichneten Rufes, dessen er sich unter den Kollegen erfreute, gehörte Baginsky bald zu den gesuchtesten Aerzten seines Faches. Seine zahlreichen Schüler halfen seinen Ruf verbreiten und bald kamen von fern und nah Kranke, um seinen Rat nachzusuchen. Er war ein hervorragender Diagnostiker; gründlich, sachlich und gewissenhaft nahm er den Fall von allen Seiten her unter die kritische Lupe und ruhte nicht, bis er ihn völlig klar gelegt hatte. In bezug auf die Therapie war er zurückhaltend und skeptisch, jeder Vielgeschäftigkeit abgeneigt, immer bestrebt, dem Kranken nach bestem Wissen zu helfen, ohne gegen das „nil nocere“ zu verstossen. Seine literarische Tätigkeit war keine sehr grosse und kam in erster Linie der Otologie zugute. Er schrieb in früheren Jahren eine Anzahl Arbeiten — meist experimentell-physiologischen Inhalts — über das Gehörorgan. Zur Zeit, als er noch nicht — aus vielfach übertriebener Angst vor Koterien, Kliquenwesen und Autoritätendünkel, wie sie oft sich in Vereinen breit machen — jede öffentliche Betätigung in ärztlichen Vereinen und Versammlungen scheute, demonstrierte er zahlreiche aus seiner Poliklinik stammende interessante Fälle und Präparate in den Sitzungen der Berliner Medizinischen Gesellschaft. Er beschrieb (Berliner klin. Wochenschr., 1876) den ersten Fall von isolierter Ozaena trachealis, verfasste für „Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge“ eine Abhandlung über die rhinoskopischen

Untersuchungs- und Operationsmethoden, in der er übrigens zuerst die Bezeichnungen Rhinoscopia anterior und posterior in dem heute gebräuchlichen Sinne gebraucht zu haben scheint, und bearbeitete in Eulenburg's Real-Enzyklopädie die Abschnitte über Ohren- und Kehlkopfkrankheiten. In einer Arbeit über „Das Verhalten der Nervenendorgane nach Durchschneidung der zugehörigen Nerven" (Virchow's Arch., 1894) führte er den Nachweis, dass nach Durchschneidung des Olfaktorius beim Kaninchen eine völlige Atrophie der ganzen Riechschleimhaut auftritt. In den letzten beiden Jahrzehnten versiegte seine literarische Produktivität fast ganz; der Grund dafür lag in seinem mit den Jahren immer stärker werdenden Kritizismus, der vor der eigenen Person und dem eigenen Schaffen nicht haltmachte. So kam es, dass er sich nicht entschliessen konnte, die Ergebnisse seiner Arbeit zu publizieren. Zu arbeiten aber hörte er niemals auf; Arbeit war der einzige Inhalt seines Lebens, Vergnügungen in dem banalen Sinne des Wortes war etwas, was für ihn nicht existierte. Sommer und Winter, ob Alltag oder Feiertag, sass er um 6 Uhr morgens in seiner Bibliothek, auf die er mit Recht stolz war, jede wichtigere literarische Neuerscheinung von allgemein-medizinischem Interesse wurde von ihm angeschafft und sorgfältigst studiert, seine Belesenheit und Beschlagenheit auf allen Gebieten war daher eine ganz erstaunliche. Bis in sein letztes Lebensjahr hatte er ständig seinen Arbeitsplatz im zweiten anatomischen Institut und beschäftigte sich mit entwicklungsgeschichtlichen und vergleichend-anatomischen Studien, besonders des Gehörorgans; die vielen Hunderte von Präparaten, die er anfertigte, harren noch der Sichtung und wissenschaftlichen Verwertung.

Baginsky's hauptsächlichste Bedeutung lag in seiner Tätigkeit als akademischer Lehrer. Das Lehren war ihm ein Lebensberuf, ja eine Lebensnotwendigkeit. Er brachte für diesen Beruf die glänzendsten Gaben mit: Klarheit und Eindringlichkeit des Vortrags, fesselnde und anschauliche Darstellung, unermüdliche Geduld und er erfüllte seinen Lehrberuf mit einem wahrhaft heiligen Eifer. Auf nichts war er stolzer als auf die grosse Zahl von Hörern, die jedes Semester sein Auditorium füllten, und auf das reiche und sorgsam ausgewählte Demonstrationsmaterial, das er ihnen bieten konnte, und nichts hat ihn in den Jahren nachlassender Kraft mehr betrübt, als dass er auf seine Lehrtätigkeit verzichten musste.

Die wenigen, die Baginsky menschlich näher treten durften, können sich rühmen, einen Mann von einer Art gekannt zu haben, wie sie in unserer alles nivellierenden Zeit immer seltener wird, ein Original im besten Sinne des Wortes. Knorrig und rauh, schwer zugänglich, nicht selten sogar abstossend, offenbarte er denen, die zum Kern seines Wesens vorzudringen verstanden, ein weiches Herz, einen stets hilfsbereiten Sinn. Wem es erst einmal gelungen war, sein Vertrauen zu erwerben, der konnte unbedingt auf ihn zählen. Man durfte sich in seinem Glauben an ihn auch nicht durch eine gelegentliche bissige Bemerkung irre machen lassen; sein stets treffsicher ins Schwarze zielender Witz verschonte auch seine Freunde nicht, wenn sie sich eine Blösse gaben. Und für die Schwächen der Menschen, seine eigenen nicht ausgeschlossen, hatte Baginsky ein unglaublich feines Empfinden. Mit ein paar hingeworfenen Worten, einer spitzen Bemerkung, verstand er es, einen Menschen auf das treffendste zu charakterisieren und wenn es auch oft recht boshaft klang, man musste schliesslich doch zugeben, dass er den Nagel auf den Kopf getroffen hatte. Unzählig sind die Anekdoten und Bonmots, die über ihn im Kreise seiner Bekannten in Umlauf sind; alle zeugen sie von seinem schlagenden Witz und von seiner oft verblüffenden Menschenkenntnis. Was aber seinen Charakter im hellsten Licht erscheinen lässt, das war seine Unbeugsamkeit und Ehrlichkeit. Baginsky hat Zeit seines Lebens niemals Konzessionen gemacht, weder nach rechts noch nach links, hat sich vor keiner Autorität in blindem Glauben gebeugt, hat vor keinem — und wäre es selbst der grossmächtigste Ministerialdirektor gewesen — jemals unwürdig gekatzbuckelt, ist immer das Gegenteil von dem gewesen, was man einen „Streber" nennt; aufrecht

und gerade ist er seinen Weg gegangen, ein ehrlicher Mann, und das heisst, sagt Hamlet, „wie es in dieser Welt zugeht, ein Auserwählter unter Zehntausenden sein“. Finder.

Abraham Jacobi †.

Nach 65jähriger, ununterbrochener Tätigkeit als praktischer und Kinderarzt starb am 10. Juli 1919 Dr. Abraham Jacobi in seinem 90. Lebensjahre in seiner Sommerwohnung am Lake George. Unterzeichneter, der den Verstorbenen fast 34 Jahre lang kannte, sehr häufig in seinem Hause war und alle seine Vorzüge wie grossen Charaktereigentümlichkeiten kannte, wagt es trotzdem kaum in wenigen Worten den Manen Abraham Jacobi's gerecht zu werden.

Am 6. Mai 1830 in Hortum (Deutschland) geboren, besuchte er das Gymnasium in Minden, um dann in Greifswald, Göttingen und Bonn Medizin zu studieren. Als Achtundvierziger musste er flüchten und kam im Jahre 1853 in New York an. Jacobi war es, der damals deutsche Wissenschaft und deutsche Methoden nach Amerika brachte und so ein glückliches Zusammenarbeiten beider Länder inaugurierte. Er ist immer allgemeiner, praktischer Arzt geblieben, wiewohl er er sich schon früh der Kinderheilkunde zuwandte. So war er Professor der Pädiatrie am New York Medical College, dann an der University of New York und schliesslich am Columbia College. Für die Leser dieses Blattes waren seine früheren Arbeiten über Diphtherie von besonderem Interesse. Seine Monographie über diesen Gegenstand beherrschte zu einer Zeit unser praktisches Vorgehen in dieser Frage.

Jacobi nahm in diesem Lande eine Stellung ein wie kein anderer Deutschgeborener vor ihm. Er erreichte die höchsten Ehrenstellungen in der Medizin, darunter auch die als Präsident der American Medical Association, kurz, er war medizinisch dasselbe, was sein vor Jahren verstorbener intimer Freund Karl Schurz politisch war. Diejenigen Kollegen, welche am Internationalen Medizinischen Kongress in Berlin im Jahre 1890 teilnahmen, werden sich vielleicht noch des kleinen Mannes mit dem prächtigen Kopfe erinnern, der überall, wohin er auch kam, berechtigte Bewunderung erregte. Viele seiner hiesigen Kollegen und Schüler werden Abraham Jacobi schmerzlich vermissen. W. Freudenthal.

G. Hudson Makuen †.

Am 21. Februar 1917 verschied Dr. G. Hudson Makuen aus Philadelphia im Alter von 62 Jahren. Makuen war ein bekannter Laryngologe, der sich seit einer Reihe von Jahren intensiv mit der Pathologie und Therapie der Sprachstörungen beschäftigte.

Namen-Register.*)

---

*) Die fett gedruckten Zahlen verweisen auf Publikationen des Betreffenden, die dünn gedruckten auf Zitate, Diskussionen usw.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

Q.

R.

S.

T.

U.

V.

W.

Y.

Z.

Sach-Register.

A.

B.

C.

D.

E.

G.

L.

M.

N.

O.

P.

R.

S.

U.

V.

W.

Z.

Für die Redaktion verantwortlich Prof. Dr. G. Finder, Charlottenburg, Augsburger Str. 88.
Druck von L. Schumacher, Berlin N. 4.

Jahrgang XXXV. Dezember 1919. No. 12.

Internationales Centralblatt
für
Laryngologie, Rhinologie
und verwandte Wissenschaften.

Unter ständiger Mitarbeiterschaft
von

herausgegeben
von

GEORG FINDER
Berlin.

Monatlich erscheint eine Nummer.
am Schlusse des Abonnementsjahres Titel, Namen- und Sachregister.
Preis des XXXV. Jahrgangs (Januar—Dezember 1919) **15 Mark.**

Berlin 1919.
Verlag von August Hirschwald.
NW., Unter den Linden 68.